

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Komorbiditet kod problematičnih konzumenata droga i tretmanske intervencije

Lorena Rukav

Zagreb, rujan, 2017.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Komorbiditet kod problematičnih konzumenata droga i tretmanske intervencije

Lorena Rukav

Mentorica: izv.prof.dr.sc. Ksenija Butorac
Komentorica: izv.prof.dr.sc. Anita Jandrić Nišević

Zagreb, rujan, 2017.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad (Komorbiditet kod problematičnih konzumenata droga i tretmanske intervencije) i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Lorena Rukav

Mjesto i datum: Zagreb, 5. rujna 2017.

Naslov rada: Komorbiditet kod problematičnih konzumenata droga i tretmanske intervencije

Studentica: Lorena Rukav

Mentorica: izv.prof.dr.sc. Ksenija Butorac

Komentorica: izv.prof.dr.sc. Anita Jandrić Nišević

Program/Modul: Socijalna pedagogija/Odrasli

Sažetak rada:

Zlouporabom ilegalnih droga, ali i prekomjernim uzimanjem legalno propisanih psihofarmaka nastaju štetne posljedice povezane s ozbiljnim javnozdravstvenim problemima, što predstavlja ključno pitanje nacionalne i međunarodne politike suzbijanja ovisnosti o psihoaktivnim sredstvima. Stoga, istodobna pojavnost problematične upotrebe droga i psihičkih poremećaja nerijetko stvara težu kliničku sliku i pridružene socijalne teškoće u različitim područjima života osobe radi čega je neophodno usmjeravanje snaga i napora zajednice za njihovo rješavanje. Između ostalog, u radu se razmatraju determinante odnosa između psihičkih poremećaja i poremećaja izazvanih zlouporabom droga kroz analizu rizičnih čimbenika. Rad sadrži sustavan pregled dosadašnjih istraživanja koja se odnose na obilježja pojedinih psihičkih poremećaja u komorbiditetu s problematičnom upotrebom droga te kratki prikaz dijagnostičkih instrumenata i kvalitete sustava zdravstvene skrbi za osobe s dualnim poremećajem u Europskoj uniji i šire. Dobiveni podaci ukazuju na znatnu zastupljenost dualnog poremećaja u ovisničkoj populaciji, a osobito unutar marginalnih skupina, kao i važnost sveukupne procjene bio-psiho-socijalnih obilježja korisnika tretmana. Analizirajući uvjete korištenja dijagnostičkih instrumenata za utvrđivanje dualne dijagnoze može se ustanoviti kako ih socijalni pedagozi zadovoljavaju ako ustanova u kojoj rade odobrava takve postupke. Vezano uz tretman dualnog poremećaja, teoretičari i praktičari se do danas nisu usuglasili u pogledu modela dobre prakse, bilo da je riječ o farmakološkom i/ili psihosocijalnom tretmanu. Međutim, recentna istraživanja i spoznaje ukazuju na potrebu provođenja integrativnog pristupa tretmanu u sklopu kojeg treba koristiti farmakološke i psihosocijalne intervencije. S obzirom da su u cjelini istraživanja dualnog poremećaja kod ovisnika nedostatna, a u Hrvatskoj gotovo i ne postoje, postoji potreba za daljnjim istraživačkim naporima u ovom području radi poboljšanja postojećih preventivnih i tretmanskih smjernica.

Ključne riječi: dualni poremećaj, epidemiologija, rizični čimbenici, dijagnostički instrumenti, modeli tretmana

Summary:

Illegal drug abuse, in addition to excessive use of legally prescribed medications for treating mental disorders, lead to harmful consequences associated with severe health issues which raise a crucial question of national and international politics of psychoactive substance abuse suppression. Therefore, concurrent substance-related disorders and mental illnesses often result in a severe clinical condition and associated social difficulties in various aspects of a person's everyday life. Consequently, careful consideration of such problems and addressing them is imperative. This paper, in addition to other related issues, considers causal relations between psychological disorders, and disorders caused by drug abuse by means of risk factor analysis. The aim of this paper is to provide a systematic review of characteristics of specific psychological disorders in comorbidity with problem drug use, a brief review of diagnostic instruments and quality of health care system for individuals diagnosed by dual disorders in the European Union. The paper consists of the analysis of previous research pertaining to dual disorders across the European Union and beyond. The collected data indicate a considerable presence of dual disorders in the addict population, especially within marginal groups, as well as the importance of the overall evaluation of biopsychosocial characteristics of patients under treatment. Analyzing the conditions of diagnostic instruments usage in order to determine dual diagnosis enables establishing a variety of models in which social pedagogues meet those conditions in institutions where employers allows it. Regarding the dual disorder treatment, theoreticians and practitioners have not reached consensus on the models of good practice yet related to either pharmacological or/and psychosocial treatment. However, recent researches and understanding indicate the necessity of implementing an integrative approach to the treatment within which both pharmacological and psychosocial interventions should be used. Considering the fact that overall knowledge of dual disorders in addicts are insufficient, in Croatia they almost do not exist particularly, hence there is a necessity for further investigation in this area for the sake of development of the already existing preventive and treatment guidelines.

Key terms: dual disorder, epidemiology, risk factors, diagnostic instruments, treatment models

Sadržaj:

1. Uvod	8
1.1. Važnost proučavanja komorbiditeta kod problematičnih konzumenata droga	8
1.2. Određenje komorbiditeta.....	9
1.3. Razvojni putevi komorbiditeta	10
1.4. Perspektive u objašnjavanju dualnog poremećaja.....	12
1.5. Mehanizmi u objašnjavanju komorbiditeta kod problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja	14
2. Epidemiološki podaci o prevalenciji komorbidnih dijagnoza u Europskoj uniji (EU)	17
3. Specifični rizični čimbenici za nastanak i razvoj komorbiditeta problemske uporabe droga i psihičkih poremećaja.....	21
3.1. Individualni rizični čimbenici	21
3.2. Socijalni rizični čimbenici u užem i širem smislu.....	26
4. Specifične karakteristike komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga	27
4.1. Depresija i problematična uporaba droga.....	28
4.2. Anksiozni poremećaj i problematična uporaba droga.....	30
4.2.1. Opći anksiozni poremećaj i problematična uporaba droga	32
4.3. Psihotični poremećaji i problematična uporaba droga	32
4.3.1. Shizofrenija i problematična uporaba droga	33
4.3.2. Bipolarni poremećaj i problematična uporaba droga	34
4.3.3. Psihoza i uporaba kanabisa	34
4.3.4. Psihoza i uporaba opijata.....	35
4.3.5. Psihoza i uporaba psihostimulativnih droga.....	35
4.3.6. Psihoza i uporaba inhalanata	36
4.3.7. Tretmanske smjernice za liječenje komorbiditeta problematične uporabe droga i psihoze.....	37

4.4. Poremećaji ličnosti i problematična uporaba droga	38
4.5. Deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj (ADHD) i problematična uporaba droga	39
4.6. Poremećaji hranjenja i problematična uporaba droga	40
5. Procjena psihičkih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga	41
5.1. Intervju kao dijagnostički instrumenti za utvrđivanje komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga.....	43
5.1.1. Provođenje dijagnostičkih intervjua (<i>Diagnostic Interview Schedule</i>)	44
5.1.2. Provođenje kliničke procjene u neuropsihijatriji (<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i>).....	44
5.1.3. Dijagnostički intervju za genetska istraživanja (<i>Diagnostic Interview for Genetic Studies</i>).....	45
5.1.4. Mini-međunarodni neuropsihijatrijski intervju (<i>Mini-International Neuropsychiatric Interview</i>)	46
5.1.5. Složeni međunarodni dijagnostički intervju (<i>Composite International Diagnostic Interview</i>)	47
5.1.6. Strukturirani klinički intervju za DSM-IV poremećaje (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders</i>).....	48
5.1.7. Strukturirani klinički intervju za DSM-IV poremećaje – I (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders-I</i>).....	48
5.1.8. Strukturiran klinički intervju za DSM-IV poremećaje – II (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders-II</i>)	49
5.1.9. Intervju za psihijatrijska ispitivanja u slučajevima komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja (<i>Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders</i>)	49
5.1.10. Provođenje intervjua za osobe s alkoholom uzrokovanim poremećajem i za osobe s pridruženim psihičkim poremećajima (<i>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule</i>)	50
5.2. Instrumenti za procjenu komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga	52
5.2.1. Instrumenti za procjenu prisutnosti komorbiditeta psihičkog poremećaja i problematične uporabe droga (<i>Screening instruments for comorbid mental and substance use disorders</i>)	52

5.2.2. Upitnik o općem zdravstvenom stanju-28 (<i>General Health Questionnaire-28</i>).....	53
5.2.3. Revidirana (izmijenjena) simptomatska ček-lista (<i>Symptom Checklist-90-Revised</i>).....	53
5.2.4. Dijagnostički sustav procjene simptoma za primarnu zdravstvenu skrb (<i>Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care</i>).....	53
5.2.5. Upitnik o pacijentovom zdravstvenom stanju (<i>Patient Health Questionnaire</i>).....	54
5.2.6. Upitnik za psihijatrijsku dijagnostičku procjenu (<i>Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire</i>).....	54
5.2.7. Obrazac za procjenu mentalnog zdravlja (<i>Mental Health Screening Form</i>).....	54
5.2.8. Modificirana mini procjena (<i>Modified Mini Screen</i>)	55
5.2.9. Instrument za procjenu pratećih poremećaja (<i>Co-occurring Disorders Screening Instruments</i>)	55
5.2.10. Mjerenje ovisnosti za trijažu i evaluaciju (<i>Measurement in Addiction for Triage and Evaluation</i>).....	56
5.2.11. Instrument za procjenu dualne dijagnoze (<i>Dual Diagnosis Screening Instrument</i>).....	56
6. Kvaliteta sustava zdravstvene skrbi za osobe s dualnim poremećajem u Europskoj uniji...	57
6.1. Smjernice za liječenje komorbiditeta kod problematičnih konzumenata droga.....	57
6.2. Modeli tretmana za osobe s dualnim poremećajem.....	59
6.3. Zdravstvena skrb dualnih poremećaja u državama EU	61
7. Zaključak	64
8. Literatura:	67

1. Uvod

1.1. Važnost proučavanja komorbiditeta kod problematičnih konzumenata droga

Uporabom ilegalnih droga, ali i prekomjernim uzimanjem legalno propisanih psihofarmaka, nastaju štetne posljedice povezane s ozbiljnim javnozdravstvenim problemima, što predstavlja ključno pitanje nacionalne i međunarodne politike. Između ostalog, istodobna pojavnost problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja nerijetko stvara težu kliničku sliku i pridružene socijalne teškoće u različitim područjima života osobe, radi čega je neophodno usmjeravanje snaga i nпора za njihovo rješavanje. Općenito uzevši, najveća pozornost pridaje se posljedicama vezanim uz somatsko zdravlje ovisnika koje se svrstavaju u skupinu endogenih posljedica te svojom prisutnošću značajno otežavaju njegovo svakodnevno funkcioniranje. Riječ je o bolestima vezanim uz krvne infekcije, među kojima su najpoznatije HIV i hepatitis C (EMCDDA, 2015). Navedene bolesti čine organizam ranjivijim i prijemčivijim na ostale bolesti somatske ili psihičke naravi, čime se cjelokupno zdravstveno stanje dodatno pogoršava. Ako se uz uporabu psihoaktivnih tvari pojavi i neki psihički poremećaj, endogene se posljedice uvećavaju uzrokujući ozbiljne probleme i rizike koji mogu teško narušiti samostalni život osobe te utječu na višu prevalenciju samoubojstva, višestruku uporabu droga i lijekova (*polydrug users*), štetne učinke za nerođeno i novorođeno dijete, značajno povećane stope psihijatrijskih hospitalizacija i slično (EMCDDA, 2015). Uz endogene neizostavno se javljaju i egzogene posljedice. One obuhvaćaju okolinske čimbenike poput povećane stope rizičnih ponašanja, primjerice, nasilnog ili kriminalnog ponašanja te izdržavanja zatvorske kazne. Potom slijede psihosocijalne posljedice koje mogu uzrokovati višu stopu nezaposlenosti i beskućništva, medicinske i financijske probleme te, u konačnici, lošu tretmansku prognozu i lošije tretmanske ishode. Uzevši ovo sve u obzir, kod osoba s istodobnom prisutnošću problematične upotrebe droga i psihičkih poremećaja postoji povećani rizik za kronični niz problema koji vodi ka isključivanju iz društvene zajednice, pri čemu je tretman, vremenski i ekonomski gledano, zahtjevna investicija, a mogućnosti za oporavak su znatno smanjene. Navedeno ukazuje na neophodnost istraživanja u ovom području kako bi se smanjile ukupne štete (i troškovi) za društvo, a ovaj višedimenzionalni problem ujedno predstavlja i ozbiljan izazov za liječnike, pomažuće struke i donositelje političkih odluka budući da se osobe kojima

je potrebna pomoć često nalaze na marginama društva i stoga pretežno nedostupne za prihvatanje i tretman.

1.2. Određenje komorbiditeta

Tijekom posljednjih desetljeća sve više se prepoznaje prisutnost psihičkih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga koje postaju glavni izazov javnozdravstvenog sustava. Međutim, proučavanje utjecaja komorbiditeta na ovisnika je otežano zbog nedostatka konsenzusa u pogledu definicije i mjerenja koncepta. U tom smislu javila se potreba za kreiranjem definicije koja je relativno brzo prihvaćena na međunarodnoj razini. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2010; prema EMCDDA, 2015) dvojne ili dualne dijagnoze definira kao zajedničko pojavljivanje poremećaja vezano uz upotrebu psihoaktivnih tvari i drugog psihičkog poremećaja kod osobe. Slično tome, pojavu istodobne prisutnosti dvaju ili više psihičkih poremećaja, pri čemu je jedan od njih problematična uporaba droga, Europski centar za praćenje droga i ovisnosti (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA, 2015) naziva komorbiditet ili dualni poremećaj. Umjesto izraza „ovisnost“ koji nerijetko ima stigmatizirajuću, negativnu konotaciju, EMCDDA u svojoj definiciji koristi specifičan termin *problematične uporabe droge* koji definira kao uzimanje droga injektivnim putem ili dugotrajno, redovito oralno uzimanje opijata, kokaina i/ili amfetamina (EMCDDA, 2007). Navedena definicija, dakle, uključuje redovitu ili dugotrajnu uporabu propisanih opijata poput metadona, ali ne uključuje rijetku ili neredovitu uporabu ekstazija i kanabisa.

Mnogi autori također definiraju komorbiditet kao prisutnost više od jednog različitog stanja kod osobe od kojih se jedno odnosi na problematičnu uporabu droga (Valderas i sur., 2009). S druge strane, Bayliss, Edwards, Steiner i Main (2008; prema Valderas i sur., 2009) koriste pojam multimorbidnosti koji označava pojavu višestrukih kroničnih ili akutnih bolesti i medicinskih stanja kod osobe. Prema tome, dualni poremećaj je primjer *multimorbidnosti* kod koje koegzistiraju dva različita poremećaja - psihički poremećaj i problematična uporaba droga. U svakodnevnoj praksi uobičajena su oba pojma - komorbiditet ili dualni poremećaj, no stručnjaci ga koriste ovisno o profesiji. Primjerice, psihijatri i liječnici najčešće koriste pojam „dualni poremećaj“ jer se pojam „komorbiditeta“ ili istovremene prisutnosti dva i više psihičkih poremećaja (višestruki poremećaj) može koristiti u različitim kontekstima, neovisno o prisutnosti problematične upotrebe droga. Naime, u odnosu na vrijeme nastanka, termin komorbiditet korišten je prije pojma dualnog poremećaja jer se nije isključivo vezivao uz

problematičnu upotrebu droga, već uz istovremenu prisutnost različitih medicinskih bolesti. U tom pogledu pojam „komorbiditet“ u medicinu uvodi Feinstein 1970. godine (EMCDDA, 2015, 15). Kasnih 1980-ih godina kreiran je pojam „dualni poremećaj“ koji se počeo primjenjivati kod problematične upotrebe droga i pridruženih psihičkih poremećaja. Uvode ga najprije zdravstvene agencije i pružatelji zdravstvenih usluga koji su počeli raditi s mladom populacijom s teškim duševnim bolestima i od tada se koristi pojam pratećih, odnosno zajedničkih poremećaja (Ridgely i sur., 1987; prema Drake i Wallach, 2000). Osobe kod kojih je istovremeno prisutna problematična upotreba droge i neki drugi psihički poremećaj često su svrstavali u kategoriju „dualaca“. No, također su ih nazivali i „mentalno bolesnim zlorabotreblicima kemijskih tvari“ (*mentally ill chemical abusers*), psihički bolesnim osobama koje zlorabotrebjavaju psihoaktivne tvari, ali i drugim nazivima svrstanim u koncept pratećih poremećaja (Drake i Wallach, 2000). Iz navedenog je evidentno kako je otprije formiran stav s negativnom konotacijom prema osobama s dualnim poremećajem koji ih dodatno pozicionira na margine društva. Naravno, isti autori pojam dualne dijagnoze smatraju prilično nespretnim terminom jer može obuhvaćati prisutnost različitih vrsta bolesti i poremećaja, neovisno o upotrebi droga, navodeći da su „dualci“ dovoljno heterogena skupina s obzirom na široki spektar poremećaja i vrsta ovisnosti koje se mogu pojaviti istovremeno. S druge strane, Valderas i suradnici (2009) opravdano postavljaju pitanje vezano uz dijagnozu primarnog stanja u odnosu na stanje koje može varirati ili bolest koja može izazvati epizodu u određenom slučaju, a ovisi o stručnosti liječnika. Unatoč ovim dvojabama, pojam dualne dijagnoze postao je standardiziran te se počeo koristiti u registrima od 1989. godine za odrasle osobe s istovremenom prisutnošću teških psihičkih bolesti i poremećaja vezanih uz problematičnu uporabu droga (Drake i Wallach, 2000). Pozitivan aspekt formalnog priznanja postojanja navedene dualne dijagnoze odnosi se na stanovito pojednostavljivanje složene pojave/problema na medicinski pojam koji je usmjeren na prihvaćanje i liječenje problema ovisnosti te je od 1990. godine službeno priznata povezanost između problematične uporabe droga i brojnih negativnih ishoda kod osoba s dualnim poremećajem (Drake i Brunette, 1998; prema Drake i Wallach, 2000).

1.3. Razvojni putevi komorbiditeta

Istovremena prisutnost dviju ili više bolesti, odnosno dvaju ili više kliničkih stanja kod osobe dovodi do dva glavna klinička pitanja. Prvo je potrebno odgovoriti na pitanje postoji li temeljni

zajednički etiološki put, dok drugo ispituje učinak koegzistirajućih kliničkih stanja na klinički tretman.

Valderas i suradnici (2009) smatraju da postoje tri glavna načina putem kojih se različite bolesti mogu pojaviti kod osobe: slučajna dijagnoza, pristrana selektivnost i uzročna povezanost. U evidenciji zdravstvene skrbi psihička bolest može se pojaviti nepredviđeno (tzv. iznenadna ili slučajna dijagnoza), ali se uglavnom prati selektirana skupina osoba s komorbiditetom koja je u kontinuitetu u bolničkom ili ambulantnom tretmanu (pristrana selektivnost). No, istovremeno ih je važno uzeti u obzir jer mogu voditi prema pogrešnim pretpostavkama o uzročno-posljedičnim odnosima (Valderas i sur., 2009). Prvi način na koji se različite bolesti mogu pojaviti odnosi se na slučajnu dijagnozu te logično upućuje na činjenicu kako se komorbiditet može pojaviti bez uzročne povezanosti. U skladu s tim prepoznavanje komorbiditeta kao posljedice slučaja važan je korak u izbjegavanju pogrešnih zaključaka vezano uz utvrđivanje uzročnosti jer se bolesti nekad zaista mogu pojaviti nenadano ili slučajno (EMCDDA, 2015). Pristrana selektivnost nudi alternativno objašnjenje ističući selekciju pojedinaca, grupa i podataka koji kao takvi nisu reprezentativni za ciljnu populaciju. U tom je pogledu Berkson (1946; prema Valderas i sur., 2009) otkrio kako su klinički oblici bolesti češći kod onih bolesnika koji su se obratili za liječničku pomoć u odnosu na opću populaciju. Također je istakao kako će pacijenti koji traže liječničku pomoć vjerojatno dobiti dijagnozu, bez obzira na stvarnu podlogu i okolnosti bolesti. Stoga, kod proučavanja problematike komorbiditeta u svrhu izbjegavanja pristranosti važno je koristiti uzorak iz zajednice, a ne uzorak korisnika koji se nalazi na liječenju. Treći način odnosi se na uzročnu povezanost koju možemo objasniti kroz 4 modela etiološke povezanosti, a koji nisu međusobno isključivi (Rhee i sur., 2004) i pretežno se primjenjuju u studijama komorbiditeta. Prvi model je izravni uzročni model koji ističe kako je prisutnost jedne bolesti izravno „odgovorna“ ili uvjetuje drugu bolest ili poremećaj. Naime, iz kliničke perspektive navedeni model također uključuje i situacije u kojima liječenje jedne bolesti uzrokuje pojavu druge, odnosno novog stanja (Valderas i sur., 2009). U modelu pridruženih rizičnih čimbenika, rizični čimbenici za jednu bolest povezani su s rizičnim čimbenicima za drugu, čime se povećava vjerojatnost za istodobnu pojavnost obje bolesti (EMCDDA, 2015). S druge strane, heterogeni model podrazumijeva da čimbenici rizika za pojavnost neke bolesti nisu povezani, ali je svaki od njih sposoban uzrokovati bolest koja je povezana s drugim čimbenicima rizika. Posljednji model odnosi se na neovisni model (diferencirana bolest) kod kojeg istovremena prisutnost dijagnostičkih značajki za bolesti koje se zajednički pojavljuju zapravo odgovara trećoj, različitoj bolesti. Navedena četiri modela

trebala bi doprinijeti budućim istraživanjima komorbiditeta kao spona između dosadašnjih klasifikacijskih sustava bolesti, poput Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10, 2012) i Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-V, 2013).

1.4. Perspektive u objašnjavanju dualnog poremećaja

Problematika dualnih poremećaja razmatra se iz četiri perspektive, uvažavajući pritom empirijska istraživanja i postojanje potencijala za učinkovite intervencije (Drake i Wallach, 2000). Prva perspektiva je medicinske (psihijatrijske) naravi i problematičnu uporabu droga definira kao kroničnu, recidivirajuću bolest. Ovo gledište podrazumijeva kako je problematična uporaba droga sekundarni mehanizam suočavanja koji može nestati uz odgovarajući tretman primarnog poremećaja. Međutim, neka su istraživanja opovrgnula navedenu tezu navodeći kako problematična uporaba droge ostaje prisutna čak i nakon provođenja adekvatnog tretmana mentalnog zdravlja (Morse i sur., 1992; prema Drake i Wallach, 2000). Naime, novije stajalište pridonosi naglašavanju opasnosti jednodimenzionalnog pristupa problemu, u ovom slučaju medicinskog, te ističe važnost sagledavanja uvjeta života i utjecaja društvenih supkulturnih normi u održavanju apstinencije (Bartels, Drake, 1996; prema Drake i Wallach, 2000). Naime, šira medicinska perspektiva stavlja naglasak na biološke i psihosocijalne čimbenike rizika, pri čemu Lehman, Myers i Corty, (1989; prema Drake i Wallach, 2000) ističu važnost razmatranja poznatih čimbenika rizika poput siromaštva, života u neorganiziranim četvrtima, nezaposlenosti te širenja utjecaja devijantnih grupa koje mogu znatno pridonijeti razvoju nekog poremećaja. Stoga, medicinsko gledište prihvaća stav kako je problematična uporaba droga složen biopsihosocijalni problem kojem se pristupa višedimenzionalno.

Druga perspektiva je moralistička i problematičnu uporabu droga razmatra u spektru antisocijalnog ponašanja i lošeg karaktera te moralne osude. Takav pristup dugo je dominirao u javnim politikama i naglašavao potrebu društvene kontrole i kažnjavanja kao načina rješavanja problema. U praksi su se visoko ranjive osobe preusmjeravale iz bolnica i strukturiranog načina života u tzv. kuće za podršku, pri čemu su bile izlagane fizičkim opasnostima, antisocijalnim grupama i drogama, a sve se provodilo u ime deinstitutionalizacije. Tako su korisnici usluga postajali svojevrsne žrtve i, u konačnici, bili viktimizirani od strane donositelja takve javne politike. U ovom kontekstu treba napomenuti kako je manja vjerojatnost da osobe s duševnim bolestima postanu počinitelji, štoviše, češće postaju žrtve ne samo nasilja, već i javne politike.

Stoga, kako bi se izbjegla daljnja viktimizacija, potrebno je osigurati sigurne životne uvjete, odgovarajuće prihode i mogućnosti za uspjeh kako bi se ovim korisnicima pomoglo u što većoj mjeri.

Treća perspektiva uključuje postojanje psihosocijalnih rizika što potvrđuju i etiološka istraživanja (Drake i Wallach, 2000). Naime, osobe s duševnim bolestima sklone su podleći rizicima društvenog, kulturalnog i ekološkog okruženja. Oni podrazumijevaju život u siromašnim četvrtima u kojima je prisutna kriminalna aktivnost, dostupnost droga i slično, te nedostaju zaštitni čimbenici poput zaposlenja, života u prosocijalnim obiteljima i za pozitivan ishod važnih poticajnih društvenih mreža. Živeći u takvom okruženju osoba postaje podložna rizičnim čimbenicima uslijed izostanka zaštitnih i prosocijalnih čimbenika, osobito ako se dodatno uzme u obzir biološka i psihološka osjetljivost mozga, pri čemu sve navedeno značajno utječe na razvojne potencijale osobe. Treća perspektiva pomiče fokus s pojedinca te sagledava mogućnosti za pozitivne promjene u okolini i javnoj politici. U tom kontekstu navode se sljedeći zaštitni faktori: stanovanje u sigurnijim četvrtima, smanjenje dostupnosti alkohola i droga, postojanje različitih obrazovnih i profesionalnih mogućnosti za uključivanje u društvo te preuzimanje individualne odgovornosti. Kako navedeni socijalni čimbenici mogu pozitivno djelovati na opću populaciju kad je riječ o rehabilitaciji i resocijalizaciji osoba s dualnim poremećajem, pokazalo je istraživanje Alverson, Alverson i Drake (2000; prema Drake i Wallach, 2000). Posljednja fenomenološka perspektiva ukazuje na to kako osobe s dualnim poremećajem ne pokušavaju „izliječiti“ svoju duševnu bolest uzimajući alkohol ili droge, već time nastoje prevladati stres vezan uz samu bolest, iskustvo viktimizacije, nedostatak povoljnih životnih prilika i beznadnost. Mnoge osobe s dualnim poremećajem imaju svoje obrazovne i poslovne ciljeve, kao i one vezane uz stanovanje i društveni život. Međutim, ističu kako ih sustav koji brine o njihovom mentalnom zdravlju više potiče na ustrajnost i zadržavanje na liječenju te pasivnost, nego što ih ohrabruje u postizanju postavljenih ciljeva (Drake, Wallach, 1979; Drake, Wallach, 1988; sve prema Drake i Wallach, 2000). U konačnici, osobe s dualnim poremećajem ističu kako im je važnije imati jednu osobu u tretmanu kojoj mogu vjerovati, koja će ih razumjeti i pomoći im u rješavanju njihovog problema, nego više provoditelja tretmana za različita područja.

1.5. Mehanizmi u objašnjavanju komorbiditeta kod problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja

Iako postoje brojni dokazi koji podupiru snažnu poveznicu između teških psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga, priroda njihove povezanosti vrlo je složena. Ona uvelike ovisi o specifičnom psihičkom poremećaju poput depresije, anksioznog poremećaja, psihoze i slično, kao i o vrsti droge koju pojedinac uzima primjerice, kanabis, opijate ili psihostimulativne droge. Interakcije, posljedice i tretmanske smjernice za navedene i druge psihičke poremećaje i droge biti će elaborirane u nastavku rada, no, prije toga valja obratiti pozornost na objašnjenje njihova međuodnosa. Naime, prema EMCDDA (2015), postoje četiri hipoteze koje međusobno nisu isključive u objašnjavanju etiološke i neurobiološke komponente komorbiditeta.

Prva hipoteza navodi kako kombinacija problematične uporabe droga i drugog psihičkog poremećaja može predstavljati dva ili više neovisna stanja. Kombinacija navedenih dvaju stanja može se pojaviti kad je prisutnost jednog poremećaja pojačana istodobnim postojanjem drugog. Pojava komorbiditeta također se objašnjava kroz posljedično djelovanje predisponirajućih čimbenika poput stresa, genetskog utjecaja i slično, koji utječu na rizik za razvoj multiplih stanja. Brady i Sinha (2005) ističu kako problematična uporaba droga i psihički poremećaji mogu imati različito izraženu simptomatologiju unatoč sličnim, već postojećim, neurobiološkim abnormalnostima. Nadalje, istraživanjima u području neuroznanosti pokazalo se kako biološki i genetski čimbenici igraju ključnu ulogu u vulnerabilnosti osobe za razvoj ovih poremećaja. U tom pogledu ovisničko ponašanje povezano je s drugim psihičkim poremećajima putem psiho-bioloških osobina ili stanja, što upućuje na vjerojatne razvojne poremećaje (EMCDDA, 2015). Riječ je o poremećajima koji se počinju javljati u ranim stadijima razvoja osobe, a vjerojatno nastaju kroz interakciju neurobioloških i okolišnih čimbenika. Ovom hipotezom ovisnost se objašnjava kao ponašajni poremećaj (vezan uz različita psihoaktivna sredstva) koji se javlja kod vulnerabilnog fenotipa. Time intrinzična predisponirajuća stanja određuju neuroplastičnost koja se potiče psihoaktivnim tvarima (Swendsen i Le Moal, 2011). Naime, sve psihoaktivne tvari s potencijalom za njihovu zlouporabu utječu na endogeni sustav poput opijatnog, nikotinskog ili dopaminergičkog sustava. Stoga, naslijeđeni ili stečeni nedostaci u ovim neurobiološkim sustavima mogu objasniti ovisničko ponašanje i druge psihijatrijske simptome.

Druga hipoteza tvrdi kako prisutnost psihičkog poremećaja također predstavlja rizični čimbenik za razvoj komorbiditeta. Khantzian (1985) navodi da se problematična uporaba droga javlja

kao rezultat pokušaja suočavanja i nošenja s problemima vezanim uz psihičke poremećaje poput socijalne fobije, psihoze i poslijetraumatskog stresnog poremećaja. U tom slučaju problematična uporaba droga može postati dugoročni problem, ali se prekomjerna uporaba može smanjiti adekvatnim prepoznavanjem i tretiranjem već ranije postojećeg psihičkog poremećaja (Bizzarri i sur., 2009; Leeies i sur., 2010; Smith i Randall, 2012). Međutim, kod osoba s psihičkim poremećajima može biti otežano predvidjeti negativne posljedice, npr. kod manije i antisocijalnog poremećaja ličnosti (EMCDDA, 2015). S druge strane, prisutnost psihičkog poremećaja može negativno djelovati na ovisnika time što se povećava rizik teške i ponavljajuće uporabe droga, primjerice kod kokaina. Posljedično se može razviti i problematična uporaba droga koja se može nastaviti čak i kada je već postojeće psihičko stanje pravilno tretirano ili je u remisiji (Moeller i sur., 2001).

Treća hipoteza tvrdi kako problematična uporaba droga može biti okidač za razvoj drugog psihičkog poremećaja tako što se psihički poremećaj tada nastavlja razvijati u neovisnom smjeru (EMCDDA, 2015). Jednako tako, uporaba droge može predstavljati okidač i za osnovni dugoročni poremećaj. Navedeno vjerojatno predstavlja najvažniju poveznicu između uporabe marihuane i shizofrenije jer je otprije poznato kako uporaba kanabisa kod vulnerabilnih adolescenata može pridonijeti razvoju psihoze koja kasnije vodi ka neovisnoj bolesti (Radhakrishnan, Wilkinson i D'Suozza, 2014). U ostalim slučajevima opetovana uporaba droge može voditi do bioloških promjena koje su povezane s abnormalnostima te sigurno posreduje kod pojavnosti psihičkog poremećaja (Bernacer i sur., 2013).

Posljednja, no ne i manje važna hipoteza odnosi se na psihoaktivnom tvari induciran poremećaj. Navodi se kako je privremeni psihički poremećaj nastao kao posljedica intoksikacije, sa ili bez simptoma apstinencijske krize i kao posljedica uporabe određene tvari. Naime, privremeni psihički poremećaj može nastati kao posljedica uporabe određene droge poput psihostimulativnih droga amfetamina i kokaina ili kao posljedica apstinencijske krize koja je obilježena pojavom depresivnih simptoma nakon prestanka uporabe stimulativnog sredstva ovisnosti (EMCDDA, 2015). Rezultati novijeg istraživanja o sličnim obrascima komorbiditeta i rizičnim čimbenicima kod pojedinaca s problematičnom uporabom droga i onih koji imaju neovisne psihičke simptome (nisu inducirani drogom), ukazuju kako navedena dva poremećaja mogu imati zajednički ishodišni etiološki čimbenik (Blanco i sur., 2012).

U nastavku rada bit će razmatrana i analizirana određena problemska pitanja. Prije svega, razmotrit će se kauzalni odnosi između psihičkih poremećaja i poremećaja izazvanih zlouporabom droga. Potom će se analizirati rizični čimbenici za koje se smatra da imaju ključnu važnost za pojavnost dualnog poremećaja. U nastavku će se ukratko prikazati dijagnostički instrumenti koji su dostupni za utvrđivanje problema ovisnosti i/ili pripadajuće komorbidne dijagnoze i koji se ujedno mogu koristiti u svrhu planiranja tretmanskih i psihosocijalnih intervencija. I na samom kraju, na temelju nalaza recentne literature pokušat će se odgovoriti na pitanje je li komorbiditet kod problematičnih konzumenata droga povezan s lošijim tretmanskim ishodima te postoje li tretmanski modeli u svijetu koji pokazuju optimalne učinke u tretmanu komorbiditeta i o kojim modelima dobre prakse je riječ.

2. Epidemiološki podaci o prevalenciji komorbidnih dijagnoza u Europskoj uniji (EU)

Uporaba droga u EU danas obuhvaća puno širi spektar tvari u odnosu na desetljeće ranije. U tom pogledu osim kanabisa, heroína, amfetamina i drugih već poznatih vrsta, na tržištu se pojavio široki raspon novih psihoaktivnih tvari. Razvojem tehnologije i promjenama na tržištu droga dolazi do pojave novih načina proizvodnje i krijumčarenja droga te uspostave novih puteva prodaje uz posredovanje internetskog tržišta. Sukladno navedenim novitetima i promjenama dolazi i do promjena u učestalosti uporabe droga. U tom pogledu konzumente droga možemo kategorizirati prema učestalosti uporabe - od jednokratnog eksperimentiranja do tipično ovisničkog ponašanja pri čemu možemo govoriti o uporabi jedne droge ili višestrukoj uporabi droga (*polydrug users*). EMCDDA (2017) procjenjuje da je nešto više od 93 milijuna ljudi, odnosno preko četvrtine Europljana u dobi od 15 do 64 godine, tijekom života probalo drogu. Isto istraživanje također procjenjuje da je tijekom 2016. godine 18,7 milijuna mlađih odraslih osoba u dobi od 15 do 34 godine uporabilo droge pri čemu broj muškaraca dvostruko premašuje broj žena. Navedeni podaci ukazuju na značajno visoku uporabu droga neovisno o vrsti droga. Stoga, prije navođenja podataka o udjelima komorbiditeta u nekim državama EU, valja definirati pojmove epidemiologije i prevalencije. U tom pogledu pojam epidemiologije predstavlja znanost o rasprostranjenosti neke bolesti u populaciji i o čimbenicima koji utječu na njeno pojavljivanje, a u svrhu prevencije (WHO, 2017). S druge strane, prevalencija se definira kao udio pojedinaca (mjera zastupljenosti) koji boluje od neke bolesti u određenom vremenu u populaciji (MedicineNet, 2016). U tom smislu opći podaci o prevalenciji komorbidnih dijagnoza kod problematičnih konzumenata droga u EU sustavno se prikupljaju od strane Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti (EMCDDA) kao krovnog centra koji prikuplja i analizira podatke u vezi incidencije i obrazaca uporabe droga. Naime, postoje značajne varijacije u prirodi, kvaliteti i vremenskom okviru prikupljanja dostupnih informacija što uvelike otežava usporedni prikaz svih država EU. Sukladno navedenom, u nastavku rada bit će prikazani dostupni podaci za neke države EU. Neke od studija odnose se na pojavu komorbidnih dijagnoza kod problematičnih konzumenata droga u općoj populaciji, dok su druge studije provedene na populaciji koja je zbog svojih obilježja bila lako dostupna, primjerice, osobe koje se nalaze u ustanovama za liječenje ovisnosti, odnosno poremećaja psihičkog zdravlja, zatvorenička populacija te beskućnici pri čemu sve navedeno utječe na kvalitetu prikupljenih podataka.

Podaci vezani uz prevalenciju komorbidnih dijagnoza u općoj populaciji u Danskoj, Finskoj, Poljskoj, Engleskoj i Škotskoj pokazuju da 43 do 120 osoba na 100 000 stanovnika zadovoljava kriterije za dijagnozu psihičkog komorbiditeta sa zlouporabom alkohola ili psihoaktivne tvari (Baldacchino i sur., 2009).

Leray i sur. (2011) izvještavaju o epidemiološkim podacima vezanim uz istraživanje u Francuskoj koje je provedeno na reprezentativnom uzorku, pri čemu je utvrđeno da 2,8% Francuza zadovoljava kriterije za dijagnozu anksioznog poremećaja i problematične uporabe droga. Za područje Engleske i Walesa Farrell (2001) izvještava o 47% višoj prevalenciji psihičkih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga, u odnosu na ovisnike o alkoholu i nikotinu, pri čemu su najzastupljeniji poremećaji iz anksioznog spektra. EMCDDA (2015) izvještava o prevalenciji bipolarnog poremećaja u komorbiditetu s problematičnom uporabom droga u rasponu od 40% do 60% u Europskoj uniji. Epidemiološki podaci vezani uz populaciju koja je prema svojim obilježjima lakše dostupna znatno se razlikuju s obzirom na metodologiju istraživanja, korištene dijagnostičke instrumente za procjenu prisutnosti samih poremećaja, a u konačnici i s obzirom na prevalenciju psihičkih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga u pojedinoj državi. Međutim, ovi podaci imaju veliki značaj za utvrđivanje razmjera duboke ukorijenjenosti problema ovisnosti i pripadajućeg komorbiditeta, a podaci o osobama koje se nalaze na liječenju ovisnosti u raznim ustanovama mogu pomoći u razumijevanju karakteristika i trendova visokorizične uporabe droga. Dva njemačka istraživanja pacijenata koji su smješteni u ustanove mentalnog zdravlja izvještavaju o prevalenciji shizofrenije kod problematičnih konzumenata droga s udjelom od 27% i 47% (Hermle i sur., 2013, 315; Schnell i sur., 2010). Nastavno, EMCDDA (2013, 8) izvještava da 28% do 52% pacijenata u Njemačkoj ima komorbiditet problematične uporabe droga i psihičkog poremećaja pri čemu je najzastupljeniji anksiozni poremećaj, dok u Danskoj 11%-29% psihijatrijskih pacijenata zadovoljava kriterije za komorbiditet. Toteva i suradnici (2006, 140) izvještavaju da je kod ovisnika u Bugarskoj najzastupljenija depresija kao pridruženi poremećaj s udjelom od 19% i 11%. U Češkoj Republici 7% problematičnih konzumenata metamfetamina ima komorbiditet s psihotičnim poremećajem (EMCDDA, 2013, 8). S druge strane, među pacijentima koji se nalaze u ustanovama za liječenje ovisnosti o drogama, Di Furia i sur. (2006, 192) za Italiju izvještavaju da kod pacijenata s višestrukom uporabom droga (*polydrug users*) njih 5% ima poremećaje raspoloženja, dok u Španjolskoj 7% problematičnih konzumenata droga ima dijagnosticiran i ADHD (Pedrero-Perez i sur., 2011). EMCDDA (2013, 8) izvještava da u Hrvatskoj 21% ovisnika u tretmanu ima komorbiditet pri čemu su dominantni poremećaji

ličnosti i poremećaji u ponašanju (oko 20%), dok u Finskoj više od 50% ovisnika u tretmanu ima dijagnosticiranu zlouporabu droga s depresivnim poremećajem. U Nizozemskoj je ustanovljeno da 84% ispitanika ima dualnu dijagnozu problematične uporabe droga i psihičkog poremećaja pri čemu su najzastupljeniji psihotični, depresivni i anksiozni poremećaj (EMCDDA, 2013, 8).

U Španjolskoj je provedeno nekoliko istraživanja u kojima su ciljnu populaciju činili problematični konzumenti droga u dobi od 18 do 30 godina koji nisu bili u tretmanu. U tom kontekstu valja istaknuti činjenicu kako je baš kod ove skupine prisutan cjeloživotni komorbiditet problematične uporabe droga i psihičkog poremećaja. Naime, Herrero i sur. (2008, 290) kod problematičnih konzumenata kokaina utvrdili su kako njih 42% ima cjeloživotni komorbiditet, pri čemu su najzastupljeniji poremećaji raspoloženja i anksiozni poremećaj. Rodriguez-Llera i sur. (2006, 53) kod problematičnih konzumenata heroina utvrdili su kako 67% ispitanih ima prevalenciju cjeloživotnog komorbiditeta psihičkih poremećaja pri čemu su najučestaliji antisocijalni i granični poremećaj ličnosti. Temeljem navedenog razvidno je kako upravo ispitanici mlađe dobne skupine predstavljaju one koji se, u pravilu, ne javljaju u tretman i kod kojih je prisutan cjeloživotan komorbiditet, što je uistinu zabrinjavajući podatak. Stoga bi budući rad trebalo usmjeriti prema ranom otkrivanju poremećaja, pridobivanju i uključivanju u tretman upravo takvih skupina radi povoljnijih ishoda u budućnosti.

Istraživanja provedena na zatvorskoj populaciji također izvještavaju o visokom udjelu komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja. U tom pogledu Casares-Lopez i sur. (2011) navode kako čak 85% španjolskih zatvorenika s problematičnom uporabom droga ima dijagnozu dualnog poremećaja, dok Palijan, Muzinić i Radeljak (2009, 429) izvještavaju o udjelu komorbiditeta kod nasilnih prijestupnika od 50% do 80%. EMCDDA (2013, 8) izvještava da u Francuskoj 55% zatvorenika ima komorbiditet problematične uporabe droga i anksioznog, odnosno depresivnog poremećaja. Naime, slični rezultati dobiveni su i prilikom istraživanja beskućnika. Beijer i suradnici (2007, 366) utvrdili su da 74% beskućnika ima probleme s psihičkim zdravljem u komorbiditetu sa zlouporabom ilegalnih droga ili alkohola u Švedskoj. Aichhorn i sur. (2008) su istraživali beskućnike mlađe životne dobi u Austriji te utvrdili kako 80% ispitanika ima psihičke poremećaje, od čega njih 65% ima komorbiditet s problematičnom uporabom droga. U Francuskoj su Combaluzier, Gouvernet i Bernoussi (2009, 451) utvrdili da 95% ovisnika beskućnika ima poremećaj ličnosti. Navedeni

podaci su zabrinjavajući i alarmantni za marginalne skupine te još jednom potvrđuju važnost istraživanja u ovom području.

Općenito uzevši, očito je da su podaci o prevalenciji psihičkih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga vrlo heterogeni ovisno o ispitivanoj ciljnoj populaciji i metodološkim specifičnostima samih istraživanja. Međutim, unatoč metodološkim razlikama, pronađena su određena zajednička obilježja vezana uz vrste psihičkih poremećaja kod ove vrste komorbiditeta. U tom smislu najzastupljeniji psihički poremećaji su depresivni i anksiozni poremećaj, nakon čega slijede poremećaji ličnosti i psihotični poremećaj. Nadalje, temeljem prikupljenih podataka EMCDDA (2013) izvještava da su najučestalije kombinacije komorbiditeta sljedeće: uporaba opijata i poremećaji ličnosti ili poremećaji u ponašanju, uporaba kanabisa i shizofrenija te uporaba amfetamina i psihotični poremećaj. Rounsaville i sur. (1982; prema Kreek i sur., 2005) na temelju epidemioloških studija ističu kako više od 50% osoba koje konzumiraju psihostimulativne droge poput kokaina, kao i ovisnici o opijatima imaju depresivni i/ili anksiozan poremećaj. Sažimajući navedeno, jasno je kako postoji visoki stupanj prevalencije komorbidnih dijagnoza kod problematičnih konzumenata droga, te da budući rad, prije svega, treba usmjeriti prema podizanju svijesti o njihovoj rasprostranjenosti te potrebi veće dostupnosti ustanova za liječenje, što bi u konačnici dovelo do smanjivanja udjela oboljelih osoba.

3. Specifični rizični čimbenici za nastanak i razvoj komorbiditeta problemske uporabe droga i psihičkih poremećaja

Rizični čimbenici odnose se na stanja ili ponašanja kojima se povećava vjerojatnost negativnih ishoda na zdravstvenom i socijalnom planu osobe. Rizične čimbenike za razvoj dualnog poremećaja možemo promatrati s dva gledišta: individualnog i socijalnog uzimajući pritom u obzir čimbenike iz okruženja. U kategoriju individualnih rizičnih čimbenika spadaju elementi koji su vezani uz osobine konzumenta, dok socijalni rizični čimbenici obuhvaćaju one elemente koji se nalaze izvan pojedinca, u njegovoj okolini. Naime, interakcijom ovih faktora i problematične uporabe droga dolazi do prijelaza od povremene, vremenski isprekidane uporabe droga do redovite, problematične uporabe. Time se pokreće mehanizam prijelaza od zlouporabe ka ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, što ujedno predstavlja i rizični čimbenik za ponovni početak uporabe nakon završetka tretmana.

3.1. Individualni rizični čimbenici

U kategoriji individualnih rizičnih čimbenika valja istaknuti kako ona obuhvaća više različitih elemenata kao što su genetsko nasljeđe i pripadajuća mu vulnerabilnost, spol, dob, osobine ličnosti, temperament, podražljivost organizma, emocionalna obilježja, prisutnost psihičkih poremećaja i slično. Naime, brojna istraživanja bavila su se ispitivanjem utjecaja pojedinih individualnih čimbenika na razvoj komorbiditeta s problematičnom uporabom droga pri čemu je svako od njih pridalo veći značaj pojedinom elementu. Sve elemente unutar kategorije individualnih rizičnih čimbenika smatramo važnima u pojavi komorbiditeta, no, do sada su najveću pozornost privukli genetski rizični čimbenici. Uzevši u obzir individualne razlike u području genetskog nasljeđa, odnosno vulnerabilnosti organizma, te nalaz o ranoj prisutnosti poremećaja, valja istaknuti da je sasvim opravdano istraživanja usmjeriti prema navedenim elementima zbog njihova krucijalnog značenja u objašnjavanju procesa razvoja komorbiditeta. U tom pogledu Kendler i sur. (2003a) ističu da je većina promatranih komorbiditeta pod utjecajem genetskih čimbenika, te navode da 85% komorbiditeta kod zlouporabe kanabisa ili kokaina proizlazi iz genetskih predispozicija osobe. Kendler i sur. (2003b) temeljem rezultata istraživanja navode kako genetski čimbenici imaju snažan utjecaj na obrazac komorbiditeta koji rezultira s istovremenom pojavom dvaju čestih klastera internalizirajućih i eksternalizirajućih poremećaja. Nadalje, epidemiološke studije obitelji i blizanaca ukazuju na doprinos gena pojavi vulnerabilnosti za razvoj ovisnosti, te procjenjuju da nasljeđe u tom kontekstu ima 30% do 60%

udjela (Kreek i sur., 2005). Naime, dugoročna uporaba droga dovodi do stalnih promjena u mozgu, uključujući promjene u izražavanju gena poput promjena u njihovoj proizvodnji ili interakciji proteina. Ove promjene događaju se i u mreži neurona, te u njihovoj neurogenezi i sinaptogenezi pri čemu sve navedene promjene uvelike utječu na promjene u ponašanju. Istraživanje Lynskey i sur. (2004; prema Agrawal i Lynskey, 2014) na jednojajčanim blizancima ispitalo je povezanost između početne uporabe kanabisa i razvoja ovisnosti o njemu, depresije te suicidalnih ideja i pokušaja. Autori su ispitali ima li zajednička, genetska podloga značajniji utjecaj na razvoj komorbiditeta ili su to individualna obilježja i iskustva. Ispostavilo se da su individualna iskustva poput rane izloženosti traumatskim iskustvima i početak uporabe kanabisa prije 17-te godine povezani s pokušajima samoubojstva, dok je zajednička genetska podloga povezana s ranom uporabom kanabisa i depresijom. S druge strane, Agrawal i Lynskey (2014) smatraju kako kanabisu možemo pristupiti kao vanjskom, okolinskom čimbeniku koji potiče genetsku vulnerabilnost za razvoj psihičkog poremećaja poput psihoze. Rezultati nekoliko studija pokazuju da interakcijom gena i okoline dolazi do veće vjerojatnosti za psihotična obilježja u odrasloj dobi, no pri tome mora biti zadovoljen preduvjet uporabe kanabisa u doba adolescencije (Caspi i sur., 2005; prema Agrawal i Lynskey, 2014). Cantao i sur. (2015) navode kako postoje slučajevi u kojima osoba započne s uporabom droga, no interakcijom genetskih predispozicija i zajedničkih rizičnih čimbenika dolazi do razvoja psihičkih poremećaja. Iz navedenog proizlazi kako genetska obilježja osobe imaju ulogu u razvoju komorbiditeta, međutim, potrebno ih je promatrati u konstelaciji s drugim osobnim i čimbenicima okruženja.

Istražujući poveznicu između dobi i komorbiditeta s problematičnom uporabom droga, Strakowski i sur. (1996; prema Strakowski i sur., 2000) ne pronalaze nikakvu razliku u dobi ispitanika s obzirom na početak pojave bipolarnog poremećaja i prisutnost uporabe sredstva ovisnosti, osobito kanabisa. Iz navedenog proizlazi da, neovisno o tome je li osoba uporabila sredstva ovisnosti, kad je riječ o bipolarnom poremećaju, dob nije statistički značajna. Međutim, Sonne i suradnici (1994; prema Strakowski i sur., 2000) ipak primjećuju da se kod osoba s problematičnom uporabom droga bipolarni poremećaj javlja ranije. Postoji prigovor da su u istraživanju alkohol i droge svrstani u istu skupinu, stoga se ne može pouzdano zaključiti koja tvar zapravo uzrokuje raniju pojavu bolesti. S druge strane, istraživanjima ovisnosti o kanabisu utvrđeno je da rana uporaba, primjerice u dobi od 15 godina, uvjetuje trostruko veću stopu shizofrenog poremećaja u odnosu na ostale (Agrawal i Lynskey, 2014). Nadalje, Zammit i sur. (2011) longitudinalnom studijom djece i roditelja utvrdili su da je upotreba kanabisa u

dobi od 14 godina povezana s psihotičnim simptomima u dobi od 16 godina. S druge strane, Horwood i sur. (2012; prema Agrawal i Lynskey, 2014) zaključuju da je učestala uporaba kanabisa povezana s umjereno teškom depresijom, osobito u doba adolescencije, dok van Ours i sur. (2013) navode da je navedeni modalitet uporabe kanabisa povezan sa suicidalnim idejama, osobito kod mladića. Prema tome, iako nema konkretnih podataka o povezanosti između određene dobne skupine i komorbiditeta, prema dosadašnjim saznanjima evidentno je kako raniji ulazak u svijet ovisnosti, osobito u adolescenciji, predstavlja rizik za razvoj dijagnoze psihičkog poremećaja, odnosno njenog komorbiditeta s problematičnom uporabom droga.

Kognitivno funkcioniranje osobe predstavlja još jednu od sastavnica individualnih obilježja koje mogu potaknuti rizik za početak i kontinuiranu uporabu droga. Naime, kognitivno funkcioniranje u ovom kontekstu odnosi se na inhibiciju odgovora (voljno inhibiranje automatskih odgovora), radno pamćenje i pažnju. Sofuoglu i sur. (2013) navedene elemente ističu kao značajne za pojavu komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja poput ADHD-a i depresije što potvrđuju i druga istraživanja i meta-analize (Scott i sur., 2007; Jovanovski, Erb i Zakzanis, 2005; sve prema Sofuoglu i sur., 2016). Međutim, dosadašnja istraživanja nisu utvrdila mijenja li problematična uporaba droga kognitivne funkcije koje su povezane s komorbidnim poremećajima ili postoji neka druga vrsta uzajamne veze. Kako su istraživanja u ovom području nedorečena i nedostatna, potrebne su longitudinalne studije koje će objasniti promjene u kognitivnim funkcijama kod problematične uporabe droga u komorbiditetu sa psihičkim poremećajem.

Sljedeće važno područje odnosi se na osobine ličnosti. Naime, postoje dva cilja istraživanja različitih dimenzija ličnosti u etiologiji problematične uporabe droga (Butorac, 2010). Prvi se odnosi na prepoznavanje obilježja ličnosti koja razlikuju problematične konzumente droga u odnosu na one koji ne konzumiraju droge, dok se drugi cilj odnosi na prepoznavanje i razlikovanje bitnih čimbenika ličnosti koji imaju presudnu ulogu u različitim stadijima pojave i razvoja ovisnosti. Do sada su brojne studije ukazale na činjenicu da se ovisnici razlikuju po osobnim obilježjima u koje ubrajamo impulzivnost, traženje uzbuđenja ili žudnju za uzbuđenjima te sklonosti ka skretanju od društvenih normi. Stoga, u kontekstu dualnog poremećaja poznavanje ključnih obilježja ličnosti za pojavu problematične uporabe droga može imati ključni značaj u istraživanjima njihove povezanosti i utjecaja na razvoj psihičkih poremećaja. U tom pogledu neke studije pokazuju kako spomenute karakteristike osobnosti

vode ka uzimanju alkohola i droga kako bi se na taj način kontrolirali komorbidni poremećaji ličnosti (Butorac, 2010). Conway i suradnici (2002) provedenim istraživanjem podupiru pretpostavku da se poremećaji ličnosti, pridruženi problematičnoj uporabi droga, u suodnosu s crtama ličnosti mogu mijenjati ovisno o izboru droge. Stoga, problematični konzumenti droga imaju višu razinu dezinhibicije i više psihičkih poremećaja. Nadalje, istraživanjem osoba s komorbiditetom problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja utvrđena je češća prisutnost emocionalne nestabilnosti, introvertiranosti, nepovjerenja (Wilson, 1987) i sklonosti traženju uzbuđenja (Allen i sur., 1998.; Fisher i sur., 1998.; Graham i Strenger, 1988.; Martin i Sher, 1994; sve prema Antičević, Jokić-Begić i Britvić, 2012), u odnosu na kontrolnu skupinu. S druge strane, Wilsey i sur. (2008) ispitivali su depresiju, anksiozni poremećaj, PTSP, panične napadaje i poremećaje ličnosti na uzorku od 113 ovisnika o opijatima. Pri tome je utvrđena statistički značajna povezanost između depresije, anksioznosti i paničnog poremećaja s ovisnošću. Nastavno, istraživanjem komorbiditeta ovisnosti o heroinu i anksioznosti, te depresije i suicidalnosti utvrđena je pozitivna povezanost s distimijom, beznadom, anksioznošću, ciklotimijom i podražljivim temperamentom (Iliceto i sur., 2010). Isti autori utvrdili su da postoji statistički značajna razlika između ovisnika o heroinu i kontrolne skupine i to u područjima ciklotimije i podražljivosti temperamenta. Iz navedenog proizlazi važnost procjene temperamenta i osobina ličnosti kod ovisnika o heroinu s obzirom da navedene čimbenike možemo smatrati rizičnima za razvoj komorbiditeta sa psihičkim poremećajima. Nadalje, istraživanjima dječaka u adolescenciji s visokom prevalencijom poremećaja u ponašanju utvrđeno je da eksternalizirani oblici problema u ponašanju predstavljaju rizični čimbenik za uporabu sredstava ovisnosti (Dennis i sur., 2004; prema Saki i sur., 2016). U tom pogledu, eksternalizirani problemi u ponašanju obuhvaćaju različite oblike ponašanja koji su po svojim obilježjima prvenstveno nedovoljno kontrolirani i usmjereni prema drugima. Oblici ponašanja koji se svrstavaju u navedenu skupinu odnose se na nediscipliniranost, uporabu sredstava ovisnosti, laganje, agresivno i delinkventno ponašanje, bježanje od kuće i slično. S obzirom na obilježja eksternaliziranih problema u ponašanju, očituje se vjerojatnost uhićivanja ili kažnjavanja mladih s navedenim problemima. U tom pogledu provedena su istraživanja u kojima su ciljna skupina bile uhićene mlade osobe, te je utvrđeno da postoji statistički značajna povezanost između značajnog odsutnosti emocionalnih reakcija (*unemotional*) i težine eksternaliziranih problema poput uporabe sredstava ovisnosti, ljutnje, nasilja i hiperaktivnosti (Skeem i Cauffman, 2003; Vahl i sur., 2014; sve prema Saki i sur., 2016). Ova istraživanja ukazuju kako rana pojava izostanka emocionalnih reakcija može predstavljati značajan rizični

čimbenik za ulazak u svijet ovisnosti, što je povezano i s problemima u ponašanju. Ovu tezu potvrđuju viši rezultati na mjerama negativne emocionalnosti i ponašajne dezinhibicije koje kao takve predstavljaju prediktivne čimbenike za početak uporabe psihoaktivnih tvari (Henderson, Galen i DeLuca 1998.; Pandina, Johnson i LaBouvie, 1992). Iako je riječ o rezultatima starijih istraživanja, isti su potvrđeni i novijim istraživanjima koja potvrđuju da dezinhibicijske crte ličnosti predstavljaju valjan prediktor za uporabu droga kako kod adolescenata, tako i kod odraslih. U tom pogledu Ball (2005) je utvrdio da dezinhibicijske crte ličnosti predstavljaju snažan prognostički čimbenik u pogledu iskušavanja droga u ranijoj dobi, kod istovremenog uzimanja više droga (*polydrug use*), za kasniji kronični/teški oblik ovisnosti, ponašajni i antisocijalni poremećaj, te u pogledu nasilja, rizičnih ponašanja vezanih uz HIV, psihijatrijske simptome, poremećaje raspoloženja, pokušaje samoubojstva i rano napuštanje škole. Uz navedeno, značajan element koji može pridonijeti početku uporabe droga odnosi se na osjećaj nelagode izazvane simptomima već prisutnih psihičkih poremećaja poput depresije. Naime, Cantao i sur. (2015) nalaze da osobe mogu započeti s uporabom droga kako bi umanjili simptome depresije, međutim, takva uporaba s vremenom prerasta u ovisnost. Iz navedenog se može ustvrditi kako neke osobine imaju istaknutu ulogu rizičnih čimbenika za pojavu problematične uporabe droga i pridruženog psihičkog poremećaja te da je prilikom procjene ovisnika na njih potrebno obratiti pažnju.

Razlike po spolu u odnosu na zastupljenost pojavnih oblika uporabe psihoaktivnih tvari te komorbiditeta i njegova tretmana objašnjavaju se biološkim i psihosocijalnim razlikama između muškaraca i žena (Back, Contini i Brady, 2007; Becker i Hu, 2008). Naime, iako su muškarci skloniji zlouporabi psihoaktivnih tvari (Brady i Randall, 1999; prema Antičević, Jokić-Begić i Britvić, 2012), žene su osjetljivije na njihove učinke u početnom stadiju razvoja ovisnosti o alkoholu i drogama. Temeljem dosadašnjih istraživanja procjenjuje se da je komorbiditet velikog depresivnog poremećaja učestaliji kod žena s problematičnom uporabom droga u odnosu na muškarce s istim problemom (EMCDDA, 2015). Naime, kod žena je prisutna viša stopa recidiva i komorbiditeta poremećaja, češće se javljaju u tretman te teže ustrajavaju u održavanju apstinencije. Kad je uspiju uspostaviti, imaju veći broj psihičkih simptoma poput anksioznosti i depresije (Brady i sur., 1993).

3.2. Socijalni rizični čimbenici u užem i širem smislu

Uz individualne rizične čimbenike, značajnu ulogu u razvoju komorbiditeta s problematičnom uporabom droga imaju i rizični čimbenici u društvenom okruženju uključujući i one koji su vezani uz samu psihoaktivnu tvar. Neki od njih odnose se na obiteljsko okruženje, prisutnost stresnih/traumatskih životnih događaja, kemijski sastav droga i slično. Naime, Klein i Riso (1993, prema Green i sur., 2012) zaključuju kako osobe s komorbiditetom doživljavaju veću razinu stresa i dobivaju manju podršku u odnosu na one koji imaju samo jednu bolest. Ispitivanjem kanabisa otkriveno je da njegov farmakološki sastav povećava rizik za razvoj komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja. U tom pogledu uporabom THC-a (psihoaktivne komponente kanabisa) dolazi do trajnih promjena u regijama mozga koje mogu uzrokovati pojavu psihotičnih simptoma i psihoza (Bossong i sur., 2012; Bossong i sur., 2014). Povrh toga, istraživači navode kako prilikom razmatranja razvojnog puta komorbiditeta treba uzeti u obzir i utjecaj društvenih čimbenika u širem smislu. Kenkel, Mathios i Pacula (2001) navode kako ekonomska dostupnost i atraktivnost određenih psihoaktivnih sredstava u pravilu dovodi do njihove povećane uporabe. Tako i ranije studije ističu marihuanu i alkohol kao ekonomski dostupne i nerijetko socijalno poželjne, a Chaloupka i Laixuthai (1997) zaključuju kako je potražnja za alkoholom niža u državama koje su dekriminalizirale marihuanu. S druge strane, Pacula (1998) navodi kako se marihuana i alkohol, ekonomski gledano, uzajamno nadopunjuju (*economic complements*) tako što se obje tvari često zajedno konzumiraju, a povećanje cijene jedne dovodi do pada uporabe obje tvari. Slično primjećuju Chaloupka i sur. (1996; prema Kenkel, Mathios i Pacula, 2001), navodeći kako je viša cijena cigareta povezana s nižom razinom uporabe marihuane. Iz navedenog je razvidan znatan utjecaj cijena psihoaktivnih sredstava na tržištu na povećanje, odnosno smanjenje njihove uporabe. Stoga se može ustvrditi kako varijacije po tipu droge i trendovi potrošnje pojedinih droga kao okolinski čimbenici mogu posredno utjecati i na razvoj komorbiditeta kod problematične uporabe droga i kao takve ih treba uzeti u obzir u pojedinačnom slučaju. Istraživanjem trauma u ranom djetinjstvu i upotrebe kanabisa prije 17. godine utvrđena je povezanost s pokušajima samoubojstva (Agrawal i Lynskey, 2014). Sljedeći primjer utjecaja okolinskih čimbenika odnosi se na istraživanje o shizofreniji i perzistirajućem halucinogenom perceptivnom poremećaju. Pri tome treba istaknuti kako se oba poremećaja pojavljuju u komorbiditetu s uporabom halucinogenih droga poput LSD-a. U tom pogledu u istraživanju Lev-Ran i sur. (2014) neki ispitanici sa shizofrenijom i halucinogenim poremećajem izvještavaju o

sposobnosti prepoznavanja specifičnih znakova koji prethode pojavi perceptivnih distorzija (glasni zvukovi, boravak na tamnom mjestu itd.).

Istraživanjem utjecaja obiteljskih obilježja na pojavu dualnog poremećaja Kendler i suradnici (2003b) navode kako socijalni rizični čimbenici poput razorenih obitelji, slabog roditeljskog nadzora i niskog socioekonomskog statusa mogu doprinijeti pojavi komorbiditeta kod osoba s eksternaliziranim poremećajem u ponašanju. Aseltine, Gore i Colten (1998; prema Green i sur., 2012) izvještavaju kako niska razina obiteljske podrške razlikuje adolescente s komorbiditetom depresije i problematične uporabe droga u odnosu na one koji samo zloupotrebljavaju droge ili imaju samo depresiju. Iz navedenog proizlazi kako adolescenti s komorbiditetom depresije i problematične uporabe droga imaju značajno manje podržavajuće odnose s članovima obitelji u odnosu na one koji imaju samo depresiju ili samo konzumiraju droge. Nastavno, pokazalo se kako perzistirajući sukobi s članovima obitelji i vršnjacima također predstavljaju čimbenike koji razlikuju osobe koje imaju samo depresiju ili samo konzumiraju droge. Green i suradnici (2012) istraživanjem su identificirali dva čimbenika unutar obitelji - obiteljske konflikte i nedostatak roditeljskog nadzora koji su pokazali relativno malu statističku značajnost u multivarijatnom modelu prilikom razlikovanja komorbidnog poremećaja uporabe droga u odnosu na problematičnu uporabu droga bez depresivnog poremećaja. Temeljem rezultata istraživanja isti autori sugeriraju kako problematičnoj uporabi droga vjerojatnije prethode raniji problemi u ponašanju, rani početak uporabe marihuane, akademski neuspjeh, napuštanje srednje škole i obiteljski čimbenici poput obiteljskih konflikata, siromaštva i roditelja s niskim stupnjem obrazovanja. U konačnici, svi ovi faktori u stjecaju predstavljaju prediktivne čimbenike ne samo za pojavu psihičkog poremećaja kod konzumenta droga (Green i sur., 2012), već općenito, generiraju i ulazak u ovisničku i/ili kriminalnu subkulturu i kronično uzimanje droga. Može se ustvrditi kako okolinski čimbenici znatno doprinose razvoju komorbiditeta ovisnika i stoga se očekuje da se buduća istraživanja usmjere na proučavanje uloge svih društvenih čimbenika u genezi ovog poremećaja.

4. Specifične karakteristike komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga

Temeljem dosadašnjih spoznaja i rezultata istraživanja razvidno je da osobe s psihičkim poremećajima predstavljaju rizičnu skupinu u početku uzimanja sredstava ovisnosti. Uz navedeno, kod njih postoji veća vjerojatnost da će u konačnici razviti i ovisnost. Naime,

razvojni putevi i rizični čimbenici za pojavu komorbidne dijagnoze u najvećoj mjeri ovise o osobi, odnosno njegovim osobnim obilježjima i stoga svaka osoba treba individualizirani pristup u tretmanu. No, istovremena prisutnost ovisnosti o psihoaktivnoj tvari i psihičkog poremećaja uzrokuje i određene poteškoće. Neke od njih statistički su zastupljenije i stoga su važne za proučavanje komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga. Specifična težina bolesti osoba s dualnim poremećajem, za razliku od drugih s jednim dijagnosticiranim poremećajem, u pravilu se manifestira višestrukim negativnim ishodima koji podrazumijevaju neujednačenost u dijagnosticiranju, loše tretmanske ishode, tzv. psihijatrizaciju života, pridružene tjelesne bolesti te obiteljske i probleme u društvenoj integraciji (školovanje, zapošljavanje i sl.).

Nastavno će biti opisani statistički najučestaliji psihički poremećaji u komorbiditetu s ovisnošću, ali i oni koji možda nisu toliko zastupljeni, no važni su za proučavanje ovog fenomena.

4.1. Depresija i problematična uporaba droga

Depresija i problematična uporaba droga predstavljaju dva najučestalija poremećaja koji se pojavljuju u komorbiditetu, a njihova stopa prevalencije kreće se u rasponu od 12% do 80% (Torrens i sur., 2011). Naime, valja istaknuti kako stopa prevalencije varira ovisno o vrsti uzorka (kliničkom ili izvanbolničkom) te o upotrijebljenim dijagnostičkim kriterijima. Podaci kliničkog uzorka ukazuju kako su osobe s velikim depresivnim poremećajem vulnerabilnije za razvoj problematične uporabe droga u odnosu na opću populaciju. Jednako tako, osobe s problematičnom uporabom droga svrstavamo u visoko rizičnu skupinu za razvoj velikog depresivnog poremećaja (EMCDDA, 2015). Prije svega, valja istaknuti činjenicu da se kod komorbiditeta veliki depresivni poremećaj češće definira kao primarni, odnosno neovisan poremećaj (Blanco i sur., 2012; Marenmani i sur., 2011; Samet i sur., 2013; Torrens, Gilchrist i Domingo-Salvany, 2011). Navedeni podatak potvrđuju studije praćenja kod kojih je veliki udio osoba s komorbiditetom problematične uporabe droga reklasificiran u novu skupinu kod koje je prisutan samo veliki depresivni poremećaj (Magidson i sur., 2013; Martin-Santos i sur., 2010). Iz navedenog proizlazi da u slučaju komorbiditeta nakon nekog vremena veliki depresivni poremećaj kod osobe može postati dominantan i nastaviti egzistirati samostalno. U tom pogledu oba poremećaja imaju lošije izgleda za napredak tijekom tretmana, pri čemu postoji veća vjerojatnost za nepoželjni smjer razvoja depresije (Torrens i sur., 2005). Pritom

valja istaknuti da je težina jednog poremećaja razmjerna težini drugog, stoga osobe s komorbiditetom trpe od više teških kliničkih stanja, lošije odgovaraju na tretmanske učinke i generalno imaju lošije prognoze za oba poremećaja (Hasin i Grant, 2004). U svakom slučaju, nepoželjan smjer razvoja depresije može biti popraćen i nepoželjnim smjerom razvoja problematične uporabe droga (Conner, 2011; Samet i sur., 2013).

Kod ove vrste komorbiditeta zabilježene su više stope pokušanih i dovršenih samoubojstava u odnosu na osobe sa samo jednim od pridruženih poremećaja (Blanco i sur., 2012; Conner, 2011; Marmorstein, 2012). Osobe s komorbiditetom problematične uporabe droga, uz veliki depresivni poremećaj, mogu razviti i druge medicinske i psihičke komorbiditete, što u konačnici predstavlja još veći izazov u samom tretmanu. Osim istaknutih obilježja i poteškoća kod osoba s navedenim komorbiditetom, treba napomenuti kako se kod njih manifestiraju i znatne psihosocijalne poteškoće koje uvelike otežavaju njihovo svakodnevno funkcioniranje te učestalije koriste usluge službi za klinički tretman, posjete hitne službe i hospitalizaciju na psihijatrijskim odjelima (Martin-Santon i sur., 2006; Mueller i sur., 1994; Pettinati, O'Brien i Dundon, 2013; Samet i sur., 2013).

Komorbiditet ovih dvaju poremećaja dovodi do niza poteškoća i rizika za daljnje funkcioniranje osobe što zahtijeva prilagođene tretmanske smjernice za svakog klijenta. Na temelju sustavnih pregleda i meta-analiza tretmanskih smjernica, različite skupine autora (Nunes i Levin, 2004; Pani i sur., 2010; Toreens i sur., 2005) donose dva glavna zaključka. Prvi sumira spoznaje o tome da upotreba antidepresiva u tretmanu ima pozitivno djelovanje jedino u slučaju kad se simptomi depresije pojavljuju u komorbiditetu s ovisnošću o alkoholu. Druga konstatacija odnosi se na nalaz da upotreba antidepresiva u tretmanu komorbiditeta problematične uporabe droga i depresije ne utječe izravno na samu problematičnu uporabu droga. Naime, antidepresivi dovode do relativno malog smanjenja upotrebe psihoaktivnih tvari što znači da imaju blagi učinak na održavanje apstinencije. Stoga antidepresivi *per se* ne rješavaju problem ovisnosti kod komorbiditeta. U tom slučaju problematična uporaba droga zahtijeva specifičan i zahtjevniji tretman. Navedena činjenica potvrđena je istraživanjem ovisnika o kanabisu u kojem su Levin i suradnici (2013) naveli da usporedbom sporooslobađajućih antidepresiva nije dobiven učinak na simptome depresije u odnosu na placebo efekt, ali je zabilježeno povećanje uporabe kanabisa. S obzirom na dobivene rezultate, potrebno je upozoriti na opasnost korištenja antidepresiva u tretmanske svrhe. U konačnici, uporabom antidepresiva može doći do povećanja zloupotrebe drugih droga, pa i različitih

antidepresiva. Iako se za antidepresive smatra da imaju malu mogućnost zlorabe, dokazi u literaturi ukazuju suprotno. Naime, većina prijavljenih slučajeva zlorabe antidepresiva upravo se veže uz komorbiditet problematične uporabe droga s poremećajima raspoloženja, što u ovom slučaju zahtijeva oprez u tretmanu (Evans i Sullivan, 2014).

Što se tiče psihoterapijskih škola i njihove primjene u tretmanu ovog komorbiditeta, valja naglasiti da se kognitivno-bihevioralni tretman (KBT) pokazao relativno najboljim u tretmanu oba poremećaja. Međutim, KBT se često ne primjenjuje u kliničkoj praksi iako podaci o kliničkim iskustvima upućuju na činjenicu da bi se njegovom primjenom mogli postići bolji tretmansi ishodi (EMCDDA, 2015). Temeljem dostupnih podataka može se zaključiti kako u praksi dolazi do sve češćeg kombiniranja dvaju vrsta tretmana - psihoterapijskog i farmakološkog. U tom kontekstu treba naglasiti da analiza rezultata primjene kognitivno-bihevioralnog tretmana ukazuje na relativno skromne pozitivne učinke u odnosu na korištenje antidepresiva (EMCDDA, 2015). Iz navedenog proizlazi kako antidepresivi u liječenju komorbiditeta problematične uporabe droga i depresije dovode do pozitivnijih promjena kod osobe u odnosu na kognitivno-bihevioralni tretman. Općenito uzevši, kod komorbiditeta problematične uporabe droga i depresivnog poremećaja farmakološka terapija antidepresivima ima svoje pozitivne i negativne strane. Indikativno je da su u kliničkoj praksi ovi psihofarmaci postigli bolje ishode u odnosu na primjenu psihoterapijskih škola, konkretno kognitivno-bihevioralne terapije.

4.2. Anksiozni poremećaj i problematična uporaba droga

Anksiozni poremećaj i njegove podvrste predstavljaju skupinu poremećaja koje se često pojavljuju u komorbiditetu s problematičnom uporabom droga. Međutim, uzročnost same povezanosti nije u potpunosti razjašnjena te se navodi da ona ovisi o vrsti konzumirane droge (npr. kokain ili kanabis) te o pripadajućem anksioznom poremećaju. Različita istraživanja upućuju na prilično visoku stopu prevalencije anksioznog poremećaja kod problematičnih konzumenata droga i to kod 35% ispitanika (Clark i Young, 2009; Fatseas i sur., 2010). Međutim, valja istaknuti da visina prevalencije anksioznog poremećaja kod problematičnih konzumenata ovisi o vrsti konzumirane droge te o podvrsti anksioznog poremećaja. Po pitanju vrste konzumirane droge u komorbiditetu s anksioznim poremećajem marihuana je na prvom mjestu s udjelom od 15%, nakon čega slijede kokain i amfetamin s udjelom od oko 5%, halucinogene droge 4% te sedativi s oko 3% (Conway i sur., 2006; prema Brady i sur., 2013). S

druge strane, prema podvrsti anksioznog poremećaja, panični poremećaj i poslijetraumatski stresni poremećaj procjenjuju se kao najučestaliji, s prevalencijom od 1% do 10%, odnosno do 30% (EMCDDA, 2015). Unatoč visokoj prevalenciji navedenog komorbiditeta, u procesu dijagnostike postoje određene poteškoće. One proizlaze iz činjenice da problematični konzumenti droga mogu manifestirati anksiozne simptome iz dva razloga: intoksikacija jednom ili kombinacijom više različitih droga ili kao posljedica simptoma apstinencijske krize. Prema tome, određivanje prisutnosti anksioznog poremećaja kod problematičnih konzumenata droga predstavlja izazov te zahtijeva oprez kod utvrđivanja dijagnoze i etiologije samih poremećaja. Kako bi se navedena problematika što učinkovitije riješila, važno je promatrati simptome koji se javljaju tijekom apstinencijske krize. Naime, takve prolazne simptome najbolje možemo razlikovati u odnosu na one koji su uzrokovani ovisnošću. Ako su anksiozni simptomi započeli prije početka uporabe sredstava ovisnosti, u pravilu, članovi obitelji imaju ili je u prošlosti zabilježena prisutnost anksioznog poremećaja, a ako su anksiozni simptomi kod ovisnika prisutni i nakon duljeg razdoblja apstinencije, tada se zasigurno može potvrditi prisutnost anksioznog poremećaja koji zahtijeva liječenje (Brady i sur., 2013).

Kao što je već ranije rečeno, anksioznost se često pojavljuje kod konzumenata kanabisa, osobito ako s uporabom započnu u mlađoj životnoj dobi, odnosno u adolescenciji. Međutim, povećanje učestalosti uporabe kanabisa predstavlja snažan prediktor za pojavu anksioznosti i to u vidu paničnih napada. Kod kroničnih konzumenata dolazi do promjene u djelovanju samog kanabisa. Tada kanabis više nije u ulozi pokretača anksioznosti, već njegov učinak djeluje anksiolitički, umirujuće. Upravo zbog ovakvog učinka anksioznost se može smatrati predisponirajućim čimbenikom za početak uporabe kanabisa (Coscas i sur., 2013; Schier i sur., 2012).

Razmatrajući tretmanske smjernice za liječenje komorbiditeta anksioznog poremećaja s problematičnom uporabom droga dolazi se do spoznaje da postoji rizik od zlouporabe benzodiazepina u samom tretmanu (Fatseas i sur., 2010; O'Brien, Wu i Anthony, 2005). S druge strane, Hesse (2009) ističe da primjenom psiholoških intervencija dolazi do povećanja broja dana provedenih u apstiniranju i smanjenju simptoma anksioznosti. Međutim, isti autor je, unatoč navedenim pozitivnim ishodima, zaključio da je za cjeloviti tretman komorbiditeta ipak potrebno koristiti i druge elemente. Primjerice, kombinirana primjena kognitivno-bihevioralnog tretmana i antidepresiva ima najveću znanstvenu podršku za liječenje komorbiditeta problematične uporabe droga i anksioznog poremećaja (Fatseas i sur., 2010).

4.2.1. Opći anksiozni poremećaj i problematična uporaba droga

U odnosu na podvrste anksioznog poremećaja, problematična uporaba droga predstavlja najučestaliju komorbidnu dijagnozu uz opći anksiozni poremećaj (Wittchen i sur., 1994; prema Brady i sur., 2013). Naime, epidemiološke studije utvrdile su da se ovaj komorbiditet javlja kao posljedica potrebe osobe za tzv. samomedikacijom te sredstvima ovisnosti „liječi“ vlastite simptome (Conway i sur., 2006; prema Brady i sur., 2013). Međutim, postavljanje dijagnoze općeg anksioznog poremećaja kod problematičnih konzumenata droga može biti otežano zbog znatnog preklapanja simptoma oba poremećaja. Stoga bi utvrđivanje simptomatologije za postavljanje dijagnoze općeg anksioznog poremećaja trebalo biti odgođeno sve do završetka faze apstinencijske krize (Brady i sur., 2013). Kod droga s kraćim djelovanjem (npr. kokain) procjena prisutnosti općeg anksioznog poremećaja može se utvrditi nakon tjedan dana apstinencije. Kod tvari s produženim djelovanjem (npr. metadon i apaurin), procjenu je moguće napraviti nakon duljeg perioda apstinencije, u trajanju od 4 do 8 tjedana (McKeehan i Martin, 2002). Zaključno, komorbiditet problematične uporabe droga i općeg anksioznog poremećaja smanjuje vjerojatnost opravka od općeg anksioznog poremećaja i povećava rizik od pogoršanja simptoma (Bruce i sur., 2005; Compton, i sur., 2003; sve prema Brady i sur., 2013).

4.3. Psihотиčni poremećaji i problematična uporaba droga

Problematična uporaba droga češće se javlja kod ljudi sa psihozom, najčešće shizofrenijom i bipolarnim poremećajem u odnosu na opću populaciju (EMCDDA, 2015). Osobe s psihотичnim poremećajem počinju uzimati različite nedopuštene tvari kako bi se mogli nositi sa simptomima psihoze. Kada dođe do razvoja komorbiditeta navedenih poremećaja, postoji veći rizik za hospitalizaciju, viša stopa smrtnosti i nezadovoljenih potreba. Navedeni rizici nastaju jer uporaba sredstava ovisnosti pogoršava simptome psihoze ili interferira u farmakološkom ili psihološkom tretmanu. Naime, osobe s komorbiditetom psihoze i problematične uporabe droga kliničarima predstavljaju dijagnostički i tretmanski izazov, pri čemu je važno razlikovati tri različite pojavnosti ove dualne dijagnoze (EMCDDA, 2015):

- prva se odnosi na činjenicu da tvari mogu ubrzati pojavu psihотičnog poremećaja kod osobe s predispozicijama za njegov razvoj, iako treba naglasiti kako psihотični poremećaj može biti prisutan i bez uporabe psihoaktivnih tvari.

- druga uključuje već postojeći psihotični poremećaj čiji se simptomi pogoršavaju uporabom kanabisa ili amfetamina.

- treća se odnosi na konzumente koji mogu iskusiti akutnu psihotičnu epizodu kao posljedicu intoksikacije ili simptoma apstinencijske krize. Navedena pojava izazvana psihoaktivnim tvarima naziva se inducirana psihoza.

Zaključno, očigledna su tri moguća puta razvoja komorbidnih dijagnoza s psihotičnim poremećajima, a u nastavku će biti ukratko opisana dva najzastupljenija psihotična poremećaja.

4.3.1. Shizofrenija i problematična uporaba droga

Prevalencija komorbiditeta shizofrenije i problematične uporabe droga zastupljena je s udjelom od 30% do 60%, što predstavlja relativno visoku stopu (Green, 2005). Kod psihotičnih osoba s komorbiditetom najzastupljenije vrste konzumiranih tvari su alkohol, kanabis i kokain. Naime, ova skupina često koristi različite tvari tijekom cijelog života, pri čemu neke od njih konzumiraju istodobno (Barkus i Murray, 2010; Green, 2005). Pritom nastaje problem razlikovanja akutne shizofrene simptomatologije od psihoze inducirane uporabom tvari. Stoga kod dijagnostike valja voditi računa o tome da se na adekvatan način procijeni uzrok pojave pojedinih simptoma. Naime, prva razlika između simptoma apstinencijske krize i onih induciranih uporabom tvari odnosi se na suptilne promjene ličnosti, povlačenje iz socijalnog okruženja, smanjenu brigu o sebi te bizarne misli i temeljem toga možemo razlikovati shizofreni poremećaj od psihotičnih simptoma induciranih uporabom psihoaktivnih tvari (EMCDDA, 2015). Kao što je ranije navedeno, tako i u kontekstu komorbiditeta sa shizofrenijom, problematični konzumenti droga počinju pojačano konzumirati tvari kako bi se nosili sa simptomima već postojećeg poremećaja. Međutim, takav obrazac ponašanja ne objašnjava sve slučajeve pojave komorbiditeta shizofrenije s problematičnom uporabom droga. Naime, postoji drugi obrazac kod kojeg i umjerena uporaba droga može pogoršati simptome shizofrenije, što posljedično može potaknuti osobe na smanjenje konzumiranja droga. Ovaj komorbiditet je povezan s povećanom stopom smrtnosti i lošijim tretmanskim ishodima u odnosu na zasebnu problematičnu uporabu droga (EMCDDA, 2015). Potrebno je napomenuti da je problematična uporaba droga povezana s neusklađenim tretmanom oba poremećaja pri čemu dolazi do odgađanja liječenja shizofrenije. Međutim, smanjenjem uporabe tvari u svrhu zadržavanja u tretmanu, posljedično dolazi do redukcije svih simptoma kod osoba s psihozom

(Green, 2005; Gregg, Barrowclough i Haddock, 2007; San, Arranz i Martinez-Raga, 2007; Schmidt, Hesse i Lykke 2011).

4.3.2. Bipolarni poremećaj i problematična uporaba droga

Bipolarni poremećaj sastoji se od dvije epizode - manije i depresije. Kod osoba s komorbiditetom problematične uporabe droga i bipolarnog poremećaja, epizoda manije obilježena je uzimanjem velikih količina alkohola i drugih tvari. Kao i kod ranijih komorbiditeta, uporabom droga kao što su psihostimulativne tvari i kanabis, dolazi do pogoršanja maničnih simptoma. S druge strane, tijekom epizode depresije osobe počinju pojačano koristiti psihoaktivne tvari, pri čemu, primjerice, uzimanje alkohola dovodi do pogoršanja simptoma depresije. Međutim, pojačana uporaba psihostimulativnih droga i kanabisa potiče prijelaz u maničnu epizodu ili epizodu obilježenu miješanim simptomima manije i depresije (EMCDDA, 2015). Vrijeme oporavka obilježeno je tipičnim povratkom smanjenoj uporabi droga. U kontekstu tretmana potrebna je mjera opreza kod utvrđivanja dijagnoze kako se svi problemi ne bi pripisali isključivom uzimanju sredstava ovisnosti. Sukladno ranije navedenim komorbiditetima, za vrijeme tretmana predviđaju se lošiji ishodi i lošija socijalna prilagodba (Jaworski i sur., 2011).

4.3.3. Psihoza i uporaba kanabisa

Rezultati istraživanja pokazali su da kanabis predstavlja drogu koju najčešće konzumiraju osobe s psihozom, no njena česta uporaba zabilježena je i kod osoba sa shizofrenijom i bipolarnim poremećajem (Green i Brown, 2006; Green, 2006; Wittchen i sur., 2007). Naime, povezanost između kanabisa i psihoze možemo objasniti kroz tri slučaja (EMCDDA, 2015):

Prvi slučaj obuhvaća situacije u kojoj uporaba kanabisa potiče ili uzrokuje pojavu psihotičnog stanja. Trajanje tog stanja je privremeno i traje nekoliko dana, pri čemu mora biti zadovoljen preduvjet da osoba nema već dijagnosticiranu psihozu.

Drugi slučaj obuhvaća osobe koji su temeljem svojih karakteristika rizični za razvoj psihoze, a uporaba kanabisa može potaknuti njen razvoj.

Treći slučaj odnosi se na osobe koje imaju već ranije dijagnosticiranu psihozu, pri čemu uporaba kanabisa pogoršava već postojeće simptome.

Važno je naglasiti da se uporaba kanabisa povezuje s ranijom pojavom psihoze (Tosato i sur., 2013), te se tako povećava vjerojatnost hospitalizacije osoba s prvom epizodom psihoze (Batalla i sur., 2013). Međutim, specifičnost komorbiditeta problematične uporabe kanabisa i psihoze očituje se u tome što osobe ne konzumiraju kanabis kako bi reducirali simptome psihoze, već kao razloge navode socijalnu izolaciju, nedostatak emocija ili suosjećanja prema drugima, nedostatak energije, poteškoće sa spavanjem, depresiju, anksioznost, uzrujanost, tremor i dosadu. Navedeni razlozi su vrlo specifični, a njihova pojava može se objasniti na tri načina. Prvi se odnosi na činjenicu da pojedinac doživljava navedena stanja kao posljedicu samog psihotičnog poremećaja, dok se kod drugog ovi simptomi mogu pojaviti zbog anksioznosti ili depresije. Treći slučaj objašnjava simptome kao nuspojave lijekova (EMCDDA, 2015). Stoga bi osobe s psihotičnim poremećajem trebale izbjegavati uporabu kanabisa, a u slučaju pogoršanja simptoma potrebna je brza intervencija, čak i ako konzumiraju male količine kanabisa. Simptomi akutne psihoze uzrokovane uzimanjem kanabisa će se postupno smanjivati ako osoba prestane s uzimanjem. Kod osoba s bipolarnim poremećajem trajanje manične epizode je izravno povezano s duljinom uporabe kanabisa.

4.3.4. Psihoza i uporaba opijata

Prevalencija komorbiditeta problematične uporabe opijata i psihoze je općenito niska, s udjelom od 4% do 7%. Naime, niska prevalencija može se objasniti činjenicom da opijati u slučaju psihoze djeluju antipsihotično. Ranija istraživanja upućuju na izravnu povezanost opijatskih neuropeptida s psihopatologijom psihotičnog poremećaja te s antipsihotičnim farmakološkim svojstvima, uključujući antipsihotični učinak opijatskih agonista (Maremmani i sur., 2014).

4.3.5. Psihoza i uporaba psihostimulativnih droga

Komorbiditet psihoze i psihostimulativnih droga poput kokaina i amfetamina predstavlja najozbiljniji komorbiditet u kontekstu komorbiditeta sa psihozom. Psihostimulativne droge su najčešće konzumirane tvari kod pojedinaca s psihozom. Nadalje, prevalencija psihotičnih simptoma iznosi 12%-86% kod ovisnika o kokainu (Araos i sur., 2014; Roncero i sur., 2012; Vergara-Moragues i sur., 2012; Vorspan i sur., 2012). Uporabom kokaina i amfetamina dolazi do induciranja psihotičnog stanja, pri čemu se tvarima inducirana psihoza često ne razlikuje od kronične ili akutne shizofrenije (Fiorentini i sur., 2011; Maremmani i sur., 2015).

Međutim simptomatologija tvarima inducirane psihoze može se podijeliti u nekoliko skupina (EMCDDA, 2015):

Prva skupina obuhvaća one simptome koji se pojavljuju nakon uporabe psihostimulativnih tvari, a to su halucinacije i deluzije.

Druga skupina simptoma odnosi se na psihozu induciranu psihostimulativnim tvarima. Naime, uzimanjem velikih doza psihostimulativnih droga može doći do brzog razvoja psihotičnog poremećaja. Kriteriji za razlikovanje tvarima inducirano psihotičnog poremećaja od same intoksikacije jesu vremensko trajanje i težina simptoma te prisutnost halucinacija uz istovremenu odsutnost testiranja realnosti. Kad osoba kroz dulje vrijeme i u većim količinama konzumira psihostimulativne droge, oporavak se odgađa, a prognoza ishoda tretmana se pogoršava. Međutim, opetovanim uzimanjem droga može doći do produžetka u trajanju psihotičnog stanja čak i do nekoliko mjeseci. Bilo da je riječ o kliničkoj dijagnozi ili o psihozi induciranoj psihoaktivnim tvarima, simptomi su paranoidne, slušne i vidne halucinacije, bizarne ideje i poremećaj volje. Pri tome se navedeni simptomi često teško razlikuju u odnosu na simptome akutne ili kronične shizofrenije. Međutim, kod pojedinaca s poviješću psihoze izazvane psihostimulativnim tvarima postoji opasnost od ponovnog povratka paranoidnog stanja ili relapsa u psihotično stanje uslijed samo jedne uporabe stimulativnih tvari, godinama nakon što je psihotično stanje prošlo i nakon potpunog oporavka,.

Treća skupina simptoma odnosi se na već postojeću psihozu u obliku bipolarnog ili shizofrenog poremećaja i uzimanje psihostimulativne tvari poput kokaina ili amfetamina. U tom slučaju simptomi već postojećih poremećaja mogu se pogoršati nakon akutne izloženosti psihostimulativnim tvarima, što je sukladno nekim dosada navedenim primjerima komorbiditeta.

4.3.6. Psihoza i uporaba inhalanata

Kronično uzimanje inhalanata može potaknuti pojavu psihotičnih simptoma kod osoba koje možemo okarakterizirati kao osjetljivije. No, isto tako postoji mogućnost da će kronična uporaba inhalanata potaknuti psihotične simptome i kod onih koji nisu osjetljivi. Naime, korištenje inhalanata može naglo potaknuti pojavu psihotičnog poremećaja koji može trajati nekoliko sati do nekoliko tjedana (Fiorentini i sur., 2011; Maremmanni i sur., 2015).

4.3.7. Tretmanske smjernice za liječenje komorbiditeta problematične uporabe droga i psihoze

U tretmanu navedenog komorbiditeta, prije svega, treba istaknuti potrebu za evaluacijom učinkovitosti određenih vrsta tretmana, odnosno tretmanskim smjernicama. Trenutačno dostupne smjernice za tretman psihoza odnose se na primjenu antipsihotika kao ključnog elementa učinkovitog tretmana (NICE, 2011). Naime, prilikom određivanja vrste tretmana treba uzeti u obzir sljedeće elemente:

1. Vrsta konzumirane tvari, kao i učestalost uzimanja predstavljaju elemente o kojima treba voditi računa zbog promjena koje izazivaju u organizmu. Naime, prilikom uporabe propisane farmakološke terapije rizik od nuspojava može biti uvećan ili umanjen korištenjem ovih tvari. Stoga kod određivanja vrste terapije valja uzeti u obzir vrstu konzumirane tvari, kao i rizične nuspojave koje one mogu izazvati;
2. Korisnike tretmana treba upozoriti o potencijalnoj interakciji i mogućim nuspojavama konzumirane tvari i propisane farmakološke terapije;
3. Problemi i potencijalne opasnosti uzimanja nepropisanih tvari i alkohola mogu neutralizirati učinke ili nuspojave tretmana. Uzevši u obzir moguće posljedice i štetne učinke upotrebe nepropisanih tvari, o njima valja raspraviti s korisnicima i osvijestiti im moguće negativne učinke te ih potaknuti na pridržavanje pravila za uspješan tretman.

Uz navedene elemente koje je potrebno uzeti u obzir prilikom određivanja tretmana, treba voditi računa i o postojanju razlika između dviju psihoza - shizofrenije i tvarima inducirane psihoze. One, naime, iziskuju različite pristupe u tretmanu akutnih simptoma. Tvarima inducirana psihoza ne zahtijeva dugo liječenje antipsihotičnim lijekovima, iako su neke studije navele kako tipični antipsihotici mogu čak i pogoršati komorbidnu dijagnozu induciranu uporabom tvari (Green i sur., 2008). S druge strane, unatoč nedostatku kontrolnih istraživanja, smatra se da kod tretmana komorbiditeta problematične uporabe tvari i shizofrenije ovisnici bolje reagiraju na netipične antipsihotike. Naime, klopazin predstavlja tvar koja je u funkciji supstitucijske terapije te se smatra najkorisnijim oblikom tretmana za komorbiditet sa shizofrenijom. U tom pogledu zabilježeni su i rezultati njegove učinkovitosti u kontekstu kontrole psihotičnih simptoma i smanjivanja učestalosti uporabe sredstava ovisnosti kod osoba sa psihozom (EMCDDA, 2015). Unatoč tome što o liječenju komorbiditeta problematične uporabe droga i ovisnosti o opijatima postoji malo podataka, ustanovljeno je da osobe koje koriste metadonsku terapiju ne doživljavaju više nuspojava u odnosu na one koji imaju komorbiditet problematične uporabe droge sa psihozom. U tom pogledu uporaba klasičnih

antipsihotika kod ovisnosti o opijatima može povećati nuspojave. U konačnici valja istaknuti da je potrebna primjena farmakološke terapije kod komorbiditeta sa psihozom jer dosadašnji nalazi upućuju na pozitivne pomake u simptomatologiji psihoza. Međutim, samostalnom primjenom farmakološke terapije ne reducira se problematična uporaba droga te se postižu mali ili neznatni pozitivni učinci. Stoga, San i sur. (2007) ističu da integrirani pristup tretmanu za oba poremećaja uključuje farmakoterapiju, motivacijsko intervjuiranje, kognitivno-bihevioralni pristup i intervencije terapeuta, što u cijelosti značajno pridonosi pozitivnim promjenama kod psihotičnih simptoma, jednako kao i u području uporabe sredstava ovisnosti.

4.4. Poremećaji ličnosti i problematična uporaba droga

Pojavnost komorbiditeta problematične uporabe droga i poremećaja ličnosti je česta, osobito kad je riječ o antisocijalnom i graničnom poremećaju ličnosti. Norveška epidemiološka studija utvrdila je da 46% problematičnih konzumenata droga ima najmanje jednu komorbidnu dijagnozu s poremećajem ličnosti. Pri tome je kod muškaraca antisocijalni poremećaj zastupljen u 16% slučajeva, granični s 13%, a paranoidni i opsesivno-kompulzivni poremećaji koegzistiraju u 8% slučajeva (Langas, Malt i Opjordsmoen, 2012). Naime, specifičnost komorbiditeta problematične uporabe droga i poremećaja ličnosti ogleda se u činjenici da ove osobe manifestiraju teže simptome u odnosu na one koji imaju zasebnu dijagnozu poremećaja ličnosti. Uz navedeno, osobe s komorbiditetom navedenih poremećaja imaju veću vjerojatnost za rizično injektiranje droga i manifestiranje rizičnog seksualnog ponašanja, kao i veći rizik za druge oblike dezinhibicijskog ponašanja. Uključivanjem u takve oblike rizičnih ponašanja ujedno se povećava vjerojatnost pojave virusnih infekcija krvi, kao i drugih medicinskih i socijalnih problema. Nadalje, također se mogu pojaviti teškoće u vezi poštivanja plana tretmana i zadržavanja u tretmanu. Pri tome treba istaknuti kako je tretman usmjeren prema smanjivanju uzimanja sredstava ovisnosti i s time povezanim smanjenjem vjerojatnosti uhićenja (EMCDDA, 2015).

Među osobama s komorbiditetom poremećaja ličnosti veliki je udio onih koji imaju ujedno razvijenu i ovisnost o opijatima. Oni manifestiraju težu ovisnost o tvarima, ovisni su o više vrsta droga, značajnije djeluju u kažnjivoj zoni, izlažu se rizičnijim oblicima injektiranja droge, imaju višu stopu suicidalnosti i predoziranja te su u većoj mjeri tjeskobni u odnosu na ovisnike o opijatima bez komorbiditeta s poremećajima ličnosti (EMCDDA, 2015).

Tretmanske smjernice vezane uz ovaj komorbiditet specifične su zato što osobama s komorbiditetom može biti ponuđen isti opseg raznovolikih tretmanskih mogućnosti, kao i pacijentima bez dijagnosticiranog poremećaja ličnosti. Kad je riječ o komorbiditetu s graničnim poremećajem ličnosti, valja naglasiti kako visoka razina rizičnih ponašanja ostaje prisutna čak i nakon uspješnog tretmana problematične uporabe droga. U tom pogledu trebalo bi provoditi tretman koji je usmjeren ka umanjivanju simptoma poremećaja ličnosti. S druge strane, prisutnost poremećaja ličnosti u tretmanu ovisnika o opijatima ne utječe na tretmanske ishode. Zapravo, učinak tretmanskih intervencija očituje se u smanjenju sudjelovanja u kriminalnim aktivnostima, smanjenju rizika od predoziranja kao i razine tjeskobe, rizičnog injektiranja droge, premda učinak na rizik samoubojstva nije dovoljno istražen (Havens i sur., 2005; van den Bosch i Verheul, 2007). Također treba naglasiti kako ne postaje dokazi da bilo kakva vrsta farmakološke terapije ima značajne učinke na liječenje komorbiditeta problematične uporabe droga i poremećaja ličnosti (Lingford-Hughes i sur., 2012).

4.5. Deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj (ADHD) i problematična uporaba droga

Tijekom prethodnih godina porastao je interes za istraživanjima povezanosti između ADHD-a i problematične uporabe droga. U nedavnom istraživanju provedenom u Francuskoj, Mađarskoj, Nizozemskoj, Norveškoj, Španjolskoj, Švedskoj i Švicarskoj utvrđena je prevalencija komorbiditeta ADHD-a i problematične uporabe droga kod odraslih osoba koje su u tretmanu i to u rasponu od 5% do 8% u Mađarskoj te od 31% do 33% u Norveškoj, pri čemu podaci ovise o korištenom dijagnostičkom kriteriju, odnosno DSM-IV (1996) u odnosu na DSM-V (2013) (van de Glind i sur., 2014). Naime, u kontekstu podtipova ADHD-a postoje razlike u uzrocima komorbiditeta. Veliki depresivni poremećaj manifestira pojačanu prisutnost kod nepoželjnog i kombiniranog podtipa. S druge strane, pojačana hipomanična epizoda i antisocijalni poremećaj ličnosti prisutni su kod hiperaktivnog/impulzivnog i kombiniranog podtipa, dok je pojačani bipolarni poremećaj prisutan kod svih podtipova (Cuenca-Royo sur., 2013; van Emmerik-van Oortmerssen i sur., 2014).

Kad je riječ o tretmanu komorbiditeta ADHD-a i problematične uporabe droga, potrebno je naglasiti kako dijagnosticiranje ADHD-a u tom kontekstu može biti otežano zbog akutnog ili produljenog djelovanja psihoaktivnih tvari na sposobnost koncentracije kod osobe (EMCDDA, 2015). Stoga, konzumirane tvari mogu znatno otežati proces dijagnosticiranja ADHD-a jer dolazi do preklapanja simptoma oba poremećaja. No, odgađanjem adekvatnog tretmana

ADHD-a mogu se ugroziti pozitivni tretmansi učinci (Levin i sur., 2008; Wilens i Biederman, 2006). Iako se stimulansi uglavnom koriste za tretman ADHD-a u djetinjstvu, nije dokazano može li se takvom vrstom tretmana stvoriti predispozicija za buduću problematičnu uporabu droga (Barkley i sur., 2003). Naime, neki nalazi ipak upućuju na činjenicu da uzimanje stimulansa za tretman ADHD-a u djetinjstvu zapravo umanjuje rizik za razvoj komorbiditeta s problematičnom uporabom droga ili alkohola u doba adolescencije i nakon punoljetnosti (Kollins, 2008; Wilens i sur., 2008). Međutim, pritom je važno pažljivo razmotriti obrasce uporabe propisanih lijekova zbog sveprisutnog rizika za njihovu zloupotrebu. U konačnici valja istaknuti kako korištenje alternativnih oblika farmakoterapije u liječenju ADHD-a nije dovoljno istraženo, stoga je potrebno evaluirati modele korištenja i njihove posljedice (Wilens i Biederman, 2006).

4.6. Poremećaji hranjenja i problematična uporaba droga

Neka istraživanja prevalencije komorbiditeta poremećaja hranjenja i problematične uporabe droga ukazuju da 50% konzumenata alkohola i droga ima poremećaj hranjenja, a 35% problematičnih konzumenata droga izvještava o prisutnosti poremećaja hranjenja u odnosu na udio od 1%-3% u općoj populaciji (Krug i sur., 2008; Salbach-Andrae i sur., 2008). Navedeni podaci ukazuju da su oba poremećaja često u komorbiditetu, no u usporedbi s ranije navedenim poremećajima, razvidna je njihova manja zastupljenost. Poremećaji hranjenja povezani su s uporabom stimulansa poput amfetamina, kokaina i ekstazija (Curran i Robjant, 2006; Martin-Santos i sur., 2010), a zastupljenost problematične uporabe droga ovisi o podvrstama anoreksije. Naime, kod komorbiditeta s bulimijom i prejedajućim, odnosno purgativnim poremećajem postoji veća vjerojatnost za pojavu problematične uporabe droga u odnosu na restriktivni tip anoreksije ili opću populaciju (Root i sur., 2010). Corte i Stein (2000) proveli su istraživanje čija su ciljna skupina bile osobe s bulimijom i anoreksijom. Rezultati istraživanja ukazuju da kod osoba koje koriste farmakološka sredstva za kontrolu tjelesne težine (npr. laksativi, diuretici i pilule za mršavljenje), postoji veća vjerojatnost da će uzimati sredstva ovisnosti poput stimulansa. Nadalje, kod osoba koje razviju komorbiditet problematične uporabe droga i bulimije postoji veća vjerojatnost za počinjenje samoubojstva, impulzivnost i razvoj poremećaja ličnosti (Fischer i Le Grange, 2007; Haug, Heinberg i Guarda, 2001; Sansone i Levitt, 2002; Wideman i Pryor, 1996). U konačnici treba naglasiti kako je za praktičare važno prepoznati prisutnost psihičkog poremećaja i problematične uporabe droga

kod osoba s poremećajem hranjenja, osobito kod prejedajuće ili purgativne podvrste (Blinder, Cumella i Sanathara, 2006; Herzog i sur., 2006).

Kad je riječ o tretmanskim smjernicama za navedeni komorbiditet, ističe se važnost multidisciplinarnog pristupa. U tom pogledu pacijente je potrebno medicinski stabilizirati, hospitalizirati, a njihove potrebe i stanja moraju biti procijenjeni od strane psihijatara i drugih liječnika (EMCDDA, 2015). Prilikom procjene poremećaja hranjenja važno je istražiti povijest uporabe droga, lijekova, alkohola i stimulansa (npr. diuretici i laksativi). Osim toga, kod određivanja vrste tretmana i uključivanja u tretman, treba voditi računa o tome da ometajući simptomi poremećaja u hranjenju mogu značajno utjecati na terapiju problematične uporabe droga (Franko i sur., 2005). Zajedničke značajke tretmana komorbiditeta odnose se na terapijske intervencije koje uključuju psihološku edukaciju o etiologiji oba poremećaja, te o pripadajućim rizicima i posljedicama. Korisnike je također potrebno educirati o prehrani, kognitivnim izazovima poremećaja u hranjenju, pripadajućim stavovima, uvjerenjima, razvoju vještina i mehanizama za suočavanje te o prevenciji relapsa (EMCDDA, 2015). Tijekom terapijskog odnosa treba graditi suradnički odnos uz izbjegavanje sukoba moći. U tom pogledu se često koristi kognitivno-bihevioralni tretman te dijalektička bihevioralna terapija koja je, također, pokazala svoj učinak u smanjivanju oba poremećaja (Gregorowski, Seedat i Jordaan, 2013).

5. Procjena psihičkih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga

Kao što je u ranijim poglavljima navedeno, procjena prisutnosti komorbiditeta psihičkih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga je zahtjevna. Prije svega, prilikom utvrđivanja komorbiditeta valja razumjeti i uvidjeti razliku između očekivanih učinaka same droge (razlikovati posljedice intoksikacije) i simptoma apstinencijske krize. Također, postoji razlika između nezavisnog psihičkog poremećaja i onog koji nastaje kao posljedica uzimanja droge. U stvari, različiti etiološki aspekti komorbiditeta uvjetuju i različite kliničke pravce razvoja poremećaja te tretmanske ishode (Torrens, Martin-Santos i Samet, 2006). Stoga kod dijagnosticiranja komorbiditeta postoje dvije poteškoće (EMCDDA, 2015):

Prva se odnosi na mogućnost da akutni ili kronični učinci konzumirane droge „prekriju“ ili prividno anuliraju simptome psihičkih poremećaja. Pri tome postoji problem utvrđivanja i razlikovanja primarnog nezavisnog poremećaja od posljedica uporabe droge. Naime, simptomi

se mogu pojaviti kao posljedica akutne ili kronične uporabe droga ili apstinencijske krize, a mogu upućivati i na postojanje nezavisnog poremećaja. Upravo je odgovor na ovo pitanje prvi problem s kojim se praktičari susreću.

Druga teškoća vezana je uz činjenicu da psihička stanja predstavljaju sindrom (skup simptoma) neke bolesti, ali ne i samu bolest. Navedeno upućuje na potrebu utvrđivanja egzaktnih bioloških markera/znakova za postavljanje dijagnoze. Međutim, kako kod većine psihičkih stanja i poremećaja u praksi najčešće nedostaju biološki biljezi koji bi upućivali na konkretni poremećaj, tako su praktičari u području psihičkog zdravlja bili prinuđeni razviti svojevrzne dijagnostičke kriterije. U tom pogledu došlo je do razvoja dvaju najpoznatijih i učinkovitih dijagnostičkih kriterija sadržanih u priručnicima bez kojih je praktični rad gotovo nezamisliv: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje – DSM-V (2016) i Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – MKB-10 (2012). Ovi dijagnostički priručnici su razvojem istraživanja i spoznaja o navedenom području tijekom vremena sumirali najnovija znanja specifična za određene poremećaje i određeno vremensko razdoblje.

Prilikom utvrđivanja točne dijagnoze praktičari moraju prikupiti određene podatke vezano uz povijest uporabe različitih psihoaktivnih tvari: nikotina, alkohola, benzodiazepina, kanabisa, opijata, stimulansa i drugih tvari. Uz navedeno se provode određeni testovi poput analize urina i krvi. Nakon što se prikupe ovi podaci, uzimaju se i podaci o prisutnosti određenih poremećaja među članovima obitelji u prošlosti i sadašnjosti, nakon čega slijede oni o životnoj dobi, odnosno vremenu kad su se prvi put javili simptomi poremećaja kod osobe. Nadalje, važne su i informacije o dotadašnjem sudjelovanju u tretmanu i njegovim ishodima. Kako bi postavljena dijagnoza psihičkog poremećaja bila što pouzdanija, potrebno je koristiti i određene dijagnostičke instrumente. Oni su konstruirani u svrhu procjene prisutnosti psihičkog poremećaja na sistematičan i standardiziran način uz korištenje otprije spomenutih dijagnostičkih kriterija. Naime, kako bi procjena bila u što manjoj mjeri posljedica subjektivnog stava praktičara, kod postavljanja pitanja vrlo je važno koristiti specifičan, osobi razumljiv, ali i stručan jezik s planiranim redoslijedom postavljanja te je u konačnici potrebno procijeniti dobivene odgovore. Potrebno je naglasiti da se korištenjem standardiziranih dijagnostičkih instrumenata prilikom vođenja razgovora sustavno procjenjuju simptomi koji su značajni za određeni poremećaj te se reducira vjerojatnost postavljanja pogrešne dijagnoze ili propuštanja postavljanja dijagnoze (EMCDDA, 2015).

5.1. Intervju kao dijagnostički instrumenti za utvrđivanje komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga

Postoje dvije vrste dijagnostičkih intervjuja koji omogućuju postavljanje opravdane i pouzdane dijagnoze u odnosu na postojeće kriterije. To su strukturirani i polustrukturirani intervju. Općenite razlike između tipova intervjuja odnose se na stupanj fleksibilnosti u postavljanju pitanja koji se dopušta ispitivaču. U tom pogledu strukturirani intervju predstavlja oblik intervjuja koji je standardiziran, a pitanja koja sadrži moraju biti doslovno postavljena, onako kako su napisana u uputama. Međutim, ako ispitanik ne razumije pitanje, odnosno shvaća ga dvosmisleno, tada ispitivač ima slobodu preformulirati ga u svrhu dobivanja odgovora koji zadovoljava postavljene kriterije. Doslovnim postavljanjem pitanja osigurava se visok stupanj standardizacije, a prilagodbom u postavljanju takvih pitanja ne mogu se zadovoljiti svi kriteriji za provedbu strukturiranog intervjuja. Stoga su moguće izmjene u postavljanju pitanja, no nije ih preporučljivo konstantno primjenjivati kako se ne bi narušila kvaliteta i svrha samog intervjuja. Nastavno, strukturirani intervjui su osobito korisna metoda kod provođenja epidemioloških studija poput nacionalnih istraživanja stoga što ne zahtijevaju interpretaciju provoditelja. Navedeni aspekt predstavlja njihovu pozitivnu stranu, no postoji i određena zamka. Naime, intervjui sadrže pitanja o emocionalnim iskustvima koja mogu predstavljati problem ispitaniku jednako kao i istraživaču. U tom pogledu ispitanici često osjećaju zbunjenost prilikom određivanja svojih emocionalnih stanja u odnosu na ispitivano područje, što znatno otežava zadatak istraživača u kodiranju emocija. Upravo zato provoditelji intervjuja ili ispitivači trebaju proći prikladan trening za provedbu ovih intervjuja i imati pristup rječniku kako bi što kvalitetnije i bolje razumjeli i zabilježili dobiveni odgovor. S druge strane, polustrukturirani intervjui sadrže određena temeljna pitanja koja se sadržajno vežu uz ispitivano područje te predstavljaju svojevrsnu nit vodilju tijekom provedbe intervjuja. Pri tome ispitivači imaju slobodu modificirati pitanja kako bi dobili odgovore na konkretna dijagnostička pitanja i izbjegli loše ili netočne odgovore. Iako se time, na neki način, negativno utječe na informacijsku varijablu, odnosno dobivene odgovore, istovremeno se pozitivno utječe na kriterijsku varijablu vezanu uz točnost odgovora. Stoga, modificiranje pitanja ne predstavlja veće zastranjenje. Uz navedeno, polustrukturirani intervjui su pogodni za korištenje u kliničkim uvjetima zbog mogućnosti interpretacije od strane kliničara ili ispitivača na temelju standardiziranih definicija ili kodova (EMCDDA, 2015). U konačnici, potrebno je istaknuti da se strukturirani i polustrukturirani intervjui kontinuirano mijenjaju i razvijaju pri čemu promjene mogu varirati od minornih prema značajnim, ovisno o promjenama u klasifikacijskim

sustavima DSM-V (2016) i MKB-10 (2012). Uz navedeno, stanovite izmjene u ispitivanju mogu se provesti ovisno o različitim metodološkim smjernicama koje se primjenjuju za njihovo poboljšanje.

5.1.1. Provođenje dijagnostičkih intervjua (*Diagnostic Interview Schedule*)

Raspored dijagnostičkih intervjua (DIS) predstavlja visoko strukturiran psihijatrijski intervju koji je razvijen na Sveučilištu u Washingtonu (Robins i sur., 1982). Treba istaknuti da intervju može provoditi profesionalac jednako kao i nestručnjak. Međutim, neovisno o struci, za provođenje je potrebno završiti trening u programu *Epidemiologic Catchment Area*. Naime, najnovija verzija intervjua prilagođena je DSM-IV (1996) kriterijima, a ima i svoju računalnu verziju (C-DIS-IV) (Robins i sur., 2000). Sve verzije intervjua sličje kliničkom intervjuu. Nadalje, DIS-IV procjenjuje cjeloživotnu prisutnost simptoma i različitih stanja i to od djetinjstva do trenutka procjenjivanja. Za provedbu intervjua, uz izvorni pisani upitnik, treba izdvojiti između 90 i 120 minuta, dok računalna verzija zahtijeva oko 75 minuta vremena za postupak intervjuiranja. Intervju sadrži pitanja zatvorenog tipa („Da“ i „Ne“ odgovori). Naime, provedbom intervjua dobivaju se dijagnostičke informacije u vezi: somatskih obilježja ili bolova, specifičnih fobija, socijalne fobije, agorafobije, paničnih poremećaja, općeg anksioznog poremećaja, informacije o poslijetraumatskom stresnom poremećaju, depresiji, distimiji, maniji, hipomaniji shizofreniji, o shizoafektivnom poremećaju, opsesivno-kompulzivnom poremećaju, anoreksiji nervozi i bulimiji, o ADHD-u, separacijskoj anksioznosti, opozicijskom poremećaju, poremećajima u ponašanju, antisocijalnom poremećaju ličnosti, patološkom kockanju, demenciji, ovisnosti o nikotinu, te o uporabi i ovisnosti o alkoholu, amfetaminima, kanabisu, kokainu, halucinogenim drogama, opijatima, sedativima, inhalantima, fenciklidinu (PCP-u) i tzv. rekreativnim drogama. Do sada nisu provedena ispitivanja koja bi testirala psihometrijska svojstva nove verzije DIS-a.

5.1.2. Provođenje kliničke procjene u neuropsihijatriji (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*)

Planiranje i provođenje kliničke procjene u neuropsihijatriji (SCAN) predstavlja skup alata integriranih u polustrukturirani psihijatrijski intervju. Njegova svrha jest procjena, mjerenje i klasifikacija psihopatologije i ponašanja koji su povezani s glavnim psihijatrijskim poremećajima (Wing i sur., 1990). Intervju je razvijen od strane Svjetske zdravstvene

organizacije u svrhu provođenja međukulturalnih istraživanja te je preveden na 13 jezika (Janca, Ustün i Sartorius, 1994). Naime, glavna komponenta SCAN 2.1 verzije je deseto izdanje *Patient State Examination* (PSE-10) (Wing, 1996). PSE predstavlja polustrukturirani klinički pregled koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio obuhvaća pregled somatoformnih, disocijativnih, anksioznih i depresivnih poremećaja, bipolarni poremećaj i druge probleme povezane s poremećajima hranjenja, uporabom alkohola i droga te druge fizičke značajke koje nisu toliko učestale. Drugi dio obuhvaća psihotične i kognitivne poremećaje te abnormalnosti koje se pojavljuju u govoru, afektivnom i ponašajnom spektru. PSE obuhvaća pregled aktualnih „stanja“, onih koja su postojala mjesec dana prije provedbe samog pregleda, kao i stanja koja su se pojavljivala ranije tijekom života.

Nadalje, SCAN instrument sadrži 3 komponente: rječnik (sadrži detaljne definicije), *Item Group Checklist* (procjena informacije dobivene od strane drugih izvora) te *Clinical History Schedule* (plan ispitivanja povijesti psihičkih poremećaja). Instrument može biti proveden samo od strane ispitivača koji je završio zahtjevnu obuku (Rijnders, 2000). Međutim, ispitivači mogu biti i stručnjaci koji nemaju odobrenje za samostalan rad, ali čije je obrazovanje vezano uz mentalno zdravlje te su tijekom rada izravno supervizirani. Nadalje, ispitivač treba voditi intervju usmjeravajući se na važne detalje i biti upoznat s terminologijom koja se nalazi u rječniku. Također, traži od ispitanika da se izražava koristeći termine iz rječnika nakon čega provoditelj intervju donosi odluku o tome postoje li određeni simptomi i ocjenjuje njihovu težinu. Nakon što ispitanik opiše svoje simptome, provoditelj intervju ih bilježi temeljem dostupnih objašnjenja u rječniku te ih kodira prema skali vrijednosti za svaku česticu. Naime, potrebno je uložiti značajno vrijeme za provedbu intervju i ispunjavanje instrumenta (oko 2 sata). Važno je naglasiti da nije ustanovljena valjanost i pouzdanost ovog instrumenta, iako je provedeno nekoliko istraživanja na uzorcima osoba s višestrukom uporabom droga (Arendt i sur., 2007; Baldacchino, 2007; Nelson i sur., 1999),

5.1.3. Dijagnostički intervju za genetska istraživanja (*Diagnostic Interview for Genetic Studies*)

Dijagnostički intervju za genetska istraživanja predstavlja specifičan klinički intervju kojeg je razvio *National Institute of Mental Health Genetics Initiative* (Nurnberger i sur., 1994). Svrha intervju jest procjena značajnih poremećaja raspoloženja, kao i psihotičnih poremećaja pri čemu je važno utvrditi o kojem stanju je riječ. Naime, intervju ima višedijagnostička svojstva, mogućnost detaljnog procjenjivanja smjera razvoja same bolesti, utvrđivanje kronologije

afektivnih i psihotičnih poremećaja i povezane komorbidne dijagnoze te opisivanje simptomatologije koja se iskazuje bodovima. Riječ je o polustrukturiranom intervjuu namijenjenom za ispitivače s iskustvom u intervjuiranju i završenim treningom za njegovu primjenu. U svrhu prikupljanja što kvalitetnijih podataka provoditelji intervjua mogu modificirati predložena pitanja, no poželjno je da u što većoj mjeri budu postavljena na identičan način kako su i zabilježena. Intervju sadržajno uključuje 12 dijelova: uvodni Mini pregled psihičkog stanja (*Mini Mental State Examination*), demografske podatke, opći zdravstveni pregled, povijest psihičkih poremećaja, somatske bolesti, problematičnu uporabu droga, psihozu, komorbiditet, suicidalna ponašanja, anksiozne poremećaje, poremećaje u hranjenju i sociopatiju. Prosječno vrijeme potrebno za provedbu intervjua iznosi 2-3 sata, ovisno o psihopatologiji ispitanika. Nurnberger i suradnici (1994) ističu da je pouzdanost intervjua izvrsna, u rasponu od 0.73 do 0.95, osim za shizoafektivni poremećaj. U konačnici treba ustvrditi kako intervju može biti izuzetno korisno sredstvo za prikupljanje podataka genetskih studija o značajnim afektivnim poremećajima, shizofreniji i drugim povezanim stanjima te za njihovu pohranu.

5.1.4. Mini-međunarodni neuropsihijatrijski intervju (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*)

Navedeni intervju, skraćeno MINI predstavlja kratki, strukturirani klinički intervju koji procjenjuje Os I kliničkih poremećaja. Omogućuje standardizaciju podataka kliničarima u ustanovama za mentalno zdravlje te brzu i točnu evaluaciju DSM-IV (1996) i MKB-10 (2012) kriterija (Lecrubier i sur., 1997). Naime, Os I obuhvaća pregled akutnih simptoma koji trebaju liječenje, a dijagnoze koje se nalaze na toj osi su najpoznatije i ujedno najprepoznatljivije. Neke od njih su velika depresivna epizoda, shizofrenija i napadaj panike (DeepDiveAdmin, 2015). Nadalje, za provođenje intervjua potrebno je pohađati trening za nelicencirane stručnjake u sklopu kliničke psihijatrije. Sadržaj intervjua usmjerava se na trenutačno prisutne poremećaje u odnosu na neke koji se usmjeravaju na cjeloživotnu prevalenciju istih.

MINI ima četiri verzije koje se razlikuju prema vremenu potrebnom za popunjavanje i ciljnoj populaciji. Izvorni MINI je izuzetno koristan u kliničkim uvjetima i ispitivanjima te je za njegovu provedbu potrebno između 15 i 20 minuta. On obuhvaća 17 poremećaja prema Osi I: veliki depresivni poremećaj, distimija, manija, panični poremećaj, agorafobija, socijalna fobija, specifične fobije, opsesivno-kompulzivni poremećaj, opći anksiozni poremećaj, problematična

uporaba alkohola i droga i ovisnost o istima, psihotični poremećaj, anoreksija i bulimija te poslijetraumatski stresni poremećaj. Procjenjuje se i suicidalnost kao i antisocijalni poremećaj ličnosti koji je u sastavu Osi II. Nastavno, MINI-Plus predstavlja produženu verziju izvornog MINI intervjua te zahtijeva 45-60 minuta vremena za provedbu. Obuhvaća i detaljno procjenjuje 23 poremećaja. Uz navedene, postoji i MINI-Screen koji se odnosi na skraćenu verziju u trajanju od 5 minuta, a namijenjen je za ispitivanje u uvjetima primarne zdravstvene zaštite. Posljednja verzija namijenjena je djeci te se naziva MINI-Kid. Ona procjenjuje 27 dijagnoza pri čemu se pitanja formuliraju na jeziku prilagođenom djeci i adolescentima. Vrijeme koje je potrebno za njegovu provedbu iznosi 40 minuta. U konačnici, treba istaknuti da je MINI bio pretežno primjenjivan u radu s problematičnim konzumentima droga (Leray i sur., 2011; Lukasiewicz i sur., 2009), međutim, podaci o valjanosti i pouzdanosti u radu s navedenom populacijom nisu poznati.

5.1.5. Složeni međunarodni dijagnostički intervju (*Composite International Diagnostic Interview*)

Složeni ili kombinirani međunarodni dijagnostički intervju (CIDI) u prvoj (1.0) verziji kreiran je pod pokroviteljstvom Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 1990). Naime, posljednje izdanje, CIDI 3.0 predstavlja strukturirani intervju namijenjen nestručnjacima kao ispitivačima, te zahtijeva provođenje obuke kako bi se mogao primjenjivati. Nadalje, prilikom provođenja intervjua potrebno je postavljati pitanja točno onako kako su i napisana, što znači da nisu dopuštene interpretacije i odstupanja. Prvi segment intervjua obuhvaća uvodno provjeravanje i cjeloživotni pregled sastavnica života osobe, temeljem čega se u konačnici odlučuje o dodatnoj procjeni nekih od njih. Segmenti koji se intervjuom provjeravaju odnose se na 22 dijagnostička područja: poremećaji raspoloženja (veliki depresivni i manični poremećaj), anksiozni poremećaji (panični, specifične fobije, agorafobija, opći anksiozni, poslijetraumatski stresni poremećaj, opsesivno-kompulzivni i socijalna fobija), problematična uporaba tvari (alkohol, nikotin i droga te ovisnost o istima), poremećaji koji se javljaju u djetinjstvu (ADHD, opozicijsko prkosni poremećaj, poremećaji u ponašanju, panični poremećaj i separacijska anksioznost), te drugi poremećaji (isprekidani eksplozivni poremećaj, poremećaji hranjenja, predmenstrualni poremećaj, patološko kockanje, neurastenija, poremećaji ličnosti i psihotični poremećaji). Naime, četiri dodatna segmenta procjenjuju nekoliko tipova funkcioniranja osobe i fizičke komorbiditete, dok dva dodatna segmenta evaluiraju tretman mentalnih poremećaja.

Četiri dodatna segmenta procjenjuju rizične faktore, dok šest segmenata procjenjuje sociodemografske karakteristike, a dva posljednja segmenta odnose se na metodološki dio. U konačnici valja istaknuti da je za provedbu navedenog instrumenta u prosjeku potrebno oko 2 sata.

5.1.6. Strukturirani klinički intervju za DSM-IV poremećaje (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders*)

Navedeni intervju, tzv. SCID od svoje prve formulacije 1983. do danas prošao je kroz mnoge promjene. Danas se u njegovom sastavu nalaze dvije vrste posebnih kliničkih intervju. Jedan je namijenjen procjeni poremećaja s Osi I i naziva se SCID-I (Spitzer i sur., 1992), dok je drugi namijenjen za procjenu Osi II i naziv mu je SCID-II (First, 1997). Za provođenje oba intervju stručnjaci iz područja psihičkog zdravlja moraju proći obuku. Intervju može biti proveden i s odraslim osobama koje ne manifestiraju ozbiljne kognitivne poremećaje, uznemirenost ili teške psihotične simptome.

5.1.7. Strukturirani klinički intervju za DSM-IV poremećaje – I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders-I*)

Strukturirani klinički intervju za DSM-IV poremećaje – I (SCID-I) predstavlja vjerojatno najčešće korišten intervju u području opće psihijatrije i namijenjen je radu s osobama kojima su identificirane psihičke smetnje. U početku je bio kreiran po uzoru na standardne kliničke intervju koje provode mnogi stručnjaci u području mentalnog zdravlja. No, danas predstavlja polustrukturirani intervju koji u svom sastavu ima dvije knjige: brošuru za provoditelje, koja ujedno sadrži i pitanja za intervju, te skraćene dijagnostičke kriterije prema DSM-IV (1996). Nadalje, vrednovanje provedenog intervju provodi se temeljem ispitanikovih odgovora i stručnosti ispitivača u ocjenjivanju dobivenih odgovora. Ispitivač može pitati dodatna pitanja ili preformulirati postojeća u svrhu dobivanja jasnijeg odgovora i razjašnjavanja nejasnoća te kako bi procijenio ozbiljnost simptoma. Stoga je važno osim ispitanikovih odgovora ispitati i stručnost samog ispitivača. Vrijeme potrebno za provedbu intervju varira između 1-2 sata, pri čemu je prisutnost ili odsutnost patologije ključni kriterij za duljinu trajanja (EMCDDA, 2015).

Navedeni intervju sadrži i kliničku verziju (SCID-CV) koja je ujedno i najčešće korištena te sadrži: Modul A za procjenu različitih epizoda raspoloženja, Modul B za psihotične simptome,

Modul C procjenjuje psihotične poremećaje, Modul D procjenjuje poremećaje raspoloženja, Modul E obuhvaća procjenu uporabe tvari, a Modul F procjenjuje anksiozne i druge poremećaje. Provedbom navedenog intervjua omogućuje se postavljanje psihoaktivnim tvarima induciranih dijagnoza, ali i primarnih dijagnoza. Međutim, manjkavost ove verzije ogleda se u činjenici da ne sadrži specifične psihopatološke kriterije koji su sadržani u DSM-IV (1996) priručniku. Druga slabost ovog intervjua očituje se u lošim rezultatima valjanosti kod dijagnosticiranja primarne depresije i kod psihoaktivnim tvarima induciranih psihotičnih poremećaja (Torrens i sur., 2004).

5.1.8. Strukturiran klinički intervju za DSM-IV poremećaje – II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders-II*)

Druga vrsta strukturiranog kliničkog intervjua odnosi se na SCID-II koji predstavlja polustrukturirani intervju usmjeren na procjenu poremećaja s Osi II. Isti je konstruiran 1987. godine kao komplementarni mjerni instrument za SCID-I (First, 1997). Njegova slabost ogleda se u tome što konstantno uvodi neke promjene u svom sadržaju umjesto da se pridržava kriterija DSM-IV (1996) priručnika. Drugi nedostatak odnosi se na niske rezultate valjanosti u radu s problematičnim konzumentima tvari (Torrens i sur., 2004). S druge strane, njegove prednosti su brzina provedbe (između 30 i 45 minuta) i niža razina treninga za stručnjake kao ispitivače.

5.1.9. Intervju za psihijatrijska ispitivanja u slučajevima komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja (*Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders*)

Navedeni intervju, skraćeno PRISM, predstavlja polustrukturirani intervju koji je razvijen zbog nedostatka drugih intervjua pogodnih za ispitivanje komorbiditeta (Hasini sur., 1996). Naime, PRISM sadrži tri važne karakteristike koje su specifične za komorbiditet. Prva karakteristika odnosi se na dodatne, specifične smjernice za bodovanje koje su dostupne kroz cijeli intervju. One uključuju učestalost i trajanje simptoma, konkretne isključujuće kriterije i pravila za donošenje odluka kod nesigurnosti prilikom zaključivanja. Druga važna karakteristika jest da su pitanja o alkoholu i drogama pozicionirana nakon uvodnog dijela, a prije pitanja o psihičkim poremećajima. Navedeni segment je važan stoga što se uvodno pozornost pridaje prethodnim iskustvima uporabe droga i alkohola, što ujedno predstavlja vrlo važne informacije za daljnje

prikupljanje podataka o psihičkim poremećajima. Treća karakteristika odnosi se na strukturiranost pitanja vezanih uz povijest uporabe alkohola i droga, čime se stvara određeni kontekst za nastavak procjene komorbidnih psihičkih poremećaja.

Naime, prvo izdanje PRISM intervjua temeljilo se na dijagnostičkim kriterijima DSM-III-R priručnika. Ovo izdanje pokazalo je odličnu pouzdanost u kontekstu mnogih poremećaja, uključujući poremećaj raspoloženja, problematičnu uporabu droga, poremećaje hranjenja, neke anksiozne poremećaje i psihotične simptome (Hasin i sur., 1996). U svrhu praćenja promjena u DSM-IV (1996) priručniku, PRISM je ažuriran i revidiran kako bi omogućio dijagnosticiranje primarnih i psihoaktivnim tvarima induciranih poremećaja te je ujedno uključio procjenu očekivanih simptoma intoksikacije i apstinencijske krize. Stoga se za revidiran PRISM intervju može ustvrditi da zaslužuje titulu „više od očekivanog“ s obzirom na činjenicu da obuhvaća očekivane simptome kronične uporabe tvari. Osim toga, obuhvaća sljedeće poremećaje: problematičnu uporabu tvari (alkohol, kanabis, halucinogene droge, legalni i ilegalni opijati i stimulansi), primarne afektivne poremećaje (depresija, manija, distimija, psihoza, hipomanija i ciklotimija), primarne anksiozne poremećaje (jednostavne i socijalne fobije, panične napadaje, opći anksiozni, poslijetraumatski stresni poremećaj i opsesivno kompulzivni), primarne psihotične poremećaje (shizofrenija, shizoafektivni, deluzije i slično), poremećaje hranjenja (anoreksija, bulimija, prejedajući poremećaj), poremećaje ličnosti (antisocijalni, granični i ADHD) te uporabom tvari inducirane poremećaje (veliki depresivni, manije, distimija, psihoza, panični poremećaj i opći anksiozni poremećaj). Nadalje, kod provoditelja intervjua potrebno je kliničko iskustvo i završen trening, a vrijeme potrebno za popunjavanje iznosi između 1 i 3 sata ovisno o kliničkoj povijesti ispitanika. U konačnici valja istaknuti da intervju ima dobre psihometrijske karakteristike u testiranju psihijatrijskih poremećaja kod problematičnih konzumenata droga u kontekstu ponovnog testiranja pouzdanosti (Hasin i sur., 2006) i u testiranju unutarnje pouzdanosti (Morgello i sur., 2006) i valjanosti (Ramos-Quiroga i sur., 2015; Torrens i sur., 2004).

5.1.10. Provođenje intervjua za osobe s alkoholom uzrokovanim poremećajem i za osobe s pridruženim psihičkim poremećajima (*Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule*)

Navedeni intervju ili skraćeno AUDADIS predstavlja strukturirani dijagnostički intervju kojim se ispituje opća populacija. Međutim, on se može koristiti u ispitivanjima populacije koja ima

već dijagnosticiranu problematičnu uporabu alkohola i droga (Hasin i sur., 1997). Intervju mogu provoditi nestručnjaci i kliničari uz zadovoljavanje preduvjeta o završenoj obuci, pri čemu intervju traje između 1 i 2 sata. On sadrži module namijenjene mjerenju uporabe alkohola, duhana i droga, kao i depresije te antisocijalnog poremećaja ličnosti temeljem DSM-IV (1996) kriterija. Referentni okvir za postavljanje dijagnoze obuhvaća sva obilježja, probleme i druge segmente koji su bili prisutni u životu osobe 12 mjeseci prije provođenja samog intervjuja, što se definira kao aktualno stanje. Intervju više uključuje prikupljanje podataka o početku i remisiji svakog poremećaja, nego što se usmjerava na prikupljanje podataka o prvim i posljednjim simptomima nekog poremećaja. Uz navedeno, također mjeri trajanje simptoma, a neophodno je mjeriti i simptome koji se ponavljaju kako bi se utvrdila njihova klinička značajnost. Instrument također podrazumijeva postavljanje dijagnoza prema hijerarhijskom ili ne-hijerarhijskom redoslijedu te mjeri pokušaje samoizlječenja osobe vezane uz anksiozni poremećaj i poremećaj raspoloženja. Ovim intervjuom dobiva se razlika između pravih poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja u usporedbi s onima koji su inducirani uporabom tvari ili se njihovo pojavljivanje pripisuje općem medicinskom stanju osobe. Posljednji segment koji se ispituje odnosi se na detaljno ispitivanje učestalosti, količine i strukturiranja uporabe alkohola, droga i duhana (Grant i sur., 2003).

Značajno obilježje intervjuja je široki raspon skale za mjerenje specifičnih karakteristika psihičkih komorbiditeta kod problematičnih konzumenata droga i to u općoj populaciji. Testiranjem psihometrijskih karakteristika i primjenom ponovljenog mjerenja za testiranje pouzdanosti, u kliničkim uvjetima dobivena je visoka pouzdanost za komorbiditet. Naposljetku valja istaknuti da je ponovljenim mjerenjima problematične uporabe alkohola i droga AUDASIS- a ustanovljena pouzdanost u rasponu od prosječne do izvrsne (Grant i sur., 1995, 2003).

Očito je kako postoje brojni dijagnostički instrumenti za utvrđivanje komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga. Svaki od njih ima određene uvjete za provođenje, namijenjen je za određenu ciljnu populaciju, može biti polustrukturirani ili strukturirani te je određenog vremenskog trajanja. Neki instrumenti imaju dobre psihometrijske karakteristike što ih čini pogodnijima za primjenu u praksi. Temeljem navedenih kriterija valja razlučiti zahtjeve koje određeni intervju postavlja ispitivaču.

5.2. Instrumenti za procjenu komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga

Postoji velik broj dostupnih instrumenata za procjenu prisutnosti komorbiditeta psihičkih poremećaja i problematične uporabe droge. Pri tome treba razlikovati one kojima je svrha provjera prisutnosti navedenih poremećaja u odnosu na ostale kojima je svrha postavljanje dijagnoze. Međutim, odabir instrumenta ovisi o nekoliko čimbenika. Prvi čimbenik odnosi se na kontekst u kojem se on koristi - je li riječ o kliničkom okruženju ili istraživanju i slično. Drugi čimbenik odnosi se na objekt procjene, utvrđuje li se jedna samostalna dijagnoza ili pak višestruka. Treći čimbenik je dostupno vrijeme za provedbu procjene. Naime, vremensko ograničenje donosi određene rizike vezane uz kvalitetu i dubinu procjene, stoga o navedenom elementu treba voditi računa. Posljednji čimbenik predstavlja stručnost ili profesiju procjenjivača - ima li završeni trening za primjenu određenog instrumenta, njegovo dosadašnje iskustvo u radu s tim instrumentom i slično. Svi ovi faktori značajno utječu na kvalitetu same procjene, pouzdanost postavljene dijagnoze, a u konačnici i na primjerenost i svrhovitost odabranog tretmana. Smatra se kako bi instrumente za procjenu prisutnosti poremećaja mogli koristiti i nestručnjaci nakon kraćeg treninga. Pritom treba uzeti u obzir potrebno predznanje iz psihopatologije koje, također, utječe na kvalitetu procjene i činjenicu da su instrumenti dizajnirani kako bi ih koristili educirani stručnjaci. Naime, neki instrumenti mogu biti korišteni bez prethodnog treninga, a drugi zahtijevaju određeno vremensko razdoblje za učenje i uvježbavanje za njihovu primjenu.

5.2.1. Instrumenti za procjenu prisutnosti komorbiditeta psihičkog poremećaja i problematične uporabe droga (*Screening instruments for comorbid mental and substance use disorders*)

Instrumenti za procjenu prisutnosti komorbiditeta predstavljaju alate čija je svrha procjenjivanje postojećih simptoma i poremećaja. Nakon provedbe procjene odgovara se na pitanje treba li nekim simptomima obratiti određenu pozornost ili ne. Naime, instrumenti procjenjuju svojevrsnu težinu postojeće simptomatologije uz određivanje značajnosti simptoma i odlučivanje o nastavku daljnjeg postupanja. Instrumenti za procjenu komorbiditeta mogu omogućiti rano prepoznavanje komorbiditeta, što dovodi do odabira specifične vrste tretmana. Adekvatan i pravovremeno primijenjen tretman usmjerava na pozitivne promjene kod oba poremećaja što, dugoročno gledano, predstavlja pozitivnu prognozu za klijenta (EMCDDA, 2015).

5.2.2. Upitnik o općem zdravstvenom stanju-28 (*General Health Questionnaire-28*)

Upitnik o općem zdravstvenom stanju (GHQ-28) (Goldberg, 1978, 1986) predstavlja upitnik za samoprocjenu klijenta temeljem 28 točaka. Predviđeno vrijeme za njegovo ispunjavanje je pet minuta, a dobiveni rezultati se odnose na prepoznavanje prisutnosti tjeskobe. Ispunjavajući upitnik ispitanici otkrivaju razlikuje li se njihovo trenutačno u odnosu na opće stanje. Time se omogućuje procjena promjena karakteristika osobe izuzev cjeloživotno prisutnih osobina ličnosti. Naime, upitnik je konstruiran u svrhu prepoznavanja promjena u četiri područja: depresije, anksioznosti, utjecaja socijalne okoline i hipohondrije.

5.2.3. Revidirana (izmijenjena) simptomatska ček-lista (*Symptom Checklist-90-Revised*)

Revidirana simptomatska ček-lista-90 (SCL-90-R) predstavlja upitnik za brzu samoprocjenu, čija je svrha evaluirati široki spektar psiholoških problema i psihopatološke simptomatologije (Derogatis, Limpan i Covi, 1973). Kao što je u samom nazivu navedeno, ček-lista se sastoji od 90 čestica te je potrebno oko 30 minuta za ispunjavanje. Ona procjenjuje sljedeće primarne simptomatske dimenzije: somatska obilježja, opsesivnost i kompulzivnost u ponašanju, interpersonalna osjetljivost, depresija, anksioznost, hostilnost, odnosno neprijateljska nastrojenost, anksioznost vezanu uz fobije, paranoidne ideje i psihoticizam. Uz navedene elemente sadrži i dodatne čestice pomoću kojih praktičar može procijeniti druge simptome. Naime, nekoliko istraživanja okarakteriziralo je ovu ček-listu kao visoko osjetljivu i umjereno specifičnu kad se koristi kao instrument za procjenu komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja (Benjamin i sur., 2006; Haver, 1997). Uz sve navedeno, ček-lista ima i dvije kraće verzije poznate kao *Brief Symptom Inventory* koje sadrže 53 i 18 čestica (Derogatis i Melisaratos, 1983).

5.2.4. Dijagnostički sustav procjene simptoma za primarnu zdravstvenu skrb (*Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*)

Navedeni sustav (SDDS-PC) uključuje tri povezana instrumenta (Broadhead i sur., 1995). Prvi se odnosi na kratki upitnik za pacijente koji sadrži 16 čestica te procjenjuje prisutnost velikog depresivnog poremećaja, općeg anksioznog poremećaja, paničnog poremećaja, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, ovisnost o alkoholu i drogama te prisutnost suicidalnih ideja i namjera. Drugi instrument namijenjen je medicinskim sestrama koje provode dijagnostički

intervju ovisno o ranije procijenjenim poremećajima. Treći instrument sadrži sumirane podatke prikupljene drugim instrumentom, odnosno dijagnostičkim intervjuom. Naime, uz navedene elemente sustav obuhvaća i minorna stanja kod pacijenta koja su vezana uz liječničku diskreciju. Za popunjavanje cjelokupnog sustava potrebno je oko 30 minuta.

5.2.5. Upitnik o pacijentovom zdravstvenom stanju (*Patient Health Questionnaire*)

Navedeni upitnik (PHQ) namijenjen je samoprocjeni klijenta, a temelji se na procjeni psihičkih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*). Konstruiran je u svrhu smanjenja vremena potrebnog za provjeru valjanosti prikupljenih informacija o klijentu. Upitnik procjenjuje prisutnost osam poremećaja, što uključuje provjeru uporabe alkohola te procjenu težine depresivnog stanja osobe. U kontekstu uporabe droga isti se pokazao valjanim samo za komorbiditet s depresijom (Delgadillo i sur., 2011).

5.2.6. Upitnik za psihijatrijsku dijagnostičku procjenu (*Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire*)

Upitnik (PDSQ) predstavlja instrument za samoprocjenu kojim se procjenjuje 13 čestih poremećaja prema DSM-IV (1996). Navedeni poremećaji uključuju veliki depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, poslijetraumatski stresni poremećaj, psihozu, te ovisnost o alkoholu i drogama (Zimmerman i Mattia, 2001). Ispitivanja koja su se bavila testiranjem ovog upitnika navode kako je riječ o solidnom testu i da su njegove mjerne karakteristike pouzdanost, visoka osjetljivost te specifične i prediktivne vrijednosti u odnosu na strukturirane kliničke intervju (Perez Galvez i sur., 2010; Zimmerman i Chelminski, 2006; Zimmerman i sur., 2004). Upitnik sadrži 125 čestica, a potrebno vrijeme za popunjavanje je 20 minuta. Kada se razmotre navedene karakteristike i dobri rezultati dobiveni istraživanjima, ovaj instrument se preporučuje za procjenu psihičkog zdravlja i uporabe sredstva ovisnosti već u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

5.2.7. Obrazac za procjenu mentalnog zdravlja (*Mental Health Screening Form*)

Obrazac za procjenu mentalnog zdravlja (MHSF) namijenjen je provođenju polustrukturiranog intervjua. Razvijen je u svrhu identificiranja komorbiditeta kod pojedinaca koji ulaze u tretman problematične uporabe droga (Carroll i McGinley, 2001). Njegova primjena zahtijeva

minimalni trening. Obrazac sadrži 18 čestica koje se popunjavaju kao „Da“ i „Ne“ odgovori, a za popunjavanje je potrebno 15 minuta. Prva četiri pitanja sadržajno nisu usmjerena prema bilo kojem specifičnom poremećaju, dok su pitanja u rasponu od petog do sedamnaestog namijenjena procjeni sljedećih kategorija poremećaja: shizofrenija, depresivni poremećaj, poslijetraumatski stresni poremećaj, fobije, povremeni eksplozivni poremećaj, deluzijski poremećaj, poremećaj seksualnog i spolnog identiteta, poremećaji hranjenja (bulimija i anoreksija), manične epizode, panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, patološko kockanje, poremećaji učenja i mentalna retardacija. Naime, rezultati istraživanja podupiru primjenu instrumenta u radu s populacijom koja manifestira problematičnu uporabu droga (Ruiz i sur., 2009; Sacks i sur., 2007).

5.2.8. Modificirana mini procjena (*Modified Mini Screen*)

Modificirana mini procjena (MMS) predstavlja upitnik od 22 čestice koje popunjava kliničar, odnosno procjenitelj u vremenu od oko 15 minuta (OASAS, 2005). Isti je konstruiran u svrhu identificiranja psihičkih smetnji u područjima poput poremećaja raspoloženja, anksioznog poremećaja i psihotičnog poremećaja. Temelji se na pitanjima i kriterijima DSM-IV (1996) priručnika (Spitzer i sur., 1992) i načelima provođenja kratkog razgovora (*Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI*) (Lecrubier i sur., 1997). U konačnici, upitnik je prilagođen za primjenu kod problematičnih konzumenata droga (Alexander i sur., 2008).

5.2.9. Instrument za procjenu pratećih poremećaja (*Co-occurring Disorders Screening Instruments*)

Navedeni instrument (CODIS-MD) sadrži 6 čestica, a osim njega postoji i upitnik za teške psihičke poremećaje (*Co-occurring Disorders Screening Instrument for Severe Mental Disorders*, CODIS-SMD) koji sadrži 3 čestice (Sacks i sur., 2007). Oba su konstruirana na temelju tri standardizirane procjene mentalnog zdravlja. Naime, postoje dokazi da su oba prikladna za određivanje prisutnosti bilo kojeg psihičkog poremećaja, dok je dodatna prednost CODIS-SMD-a određivanje prisutnosti teških psihičkih poremećaja kod zatvorske populacije.

5.2.10. Mjerenje ovisnosti za trijažu i evaluaciju (*Measurement in Addiction for Triage and Evaluation*)

Mjerenje ovisnosti (MATE) uključuju 10 modula kojima se procjenjuju različita područja funkcioniranja. Sredstva prikupljanja informacija predstavljaju kombinaciju skale samoprocjene i intervjua (Schippers i sur., 2010). U sastavu instrumenta nalaze se neki već poznati instrumenti poput *Depression Anxiety Distress Scales* i slični. Naime, cjelokupni instrument osigurava postavljanje dijagnoze vezano uz problematičnu uporabu droga. Međutim, on ne osigurava postavljanje dijagnoze psihičkog poremećaja, što znači da nije prikladan za procjenu dualnog poremećaja. Za popunjavanje svih modula i upitnika procjenjuje se da je potrebno oko sat vremena, a MATE identificira one osobe za koje postoji potreba dijagnostičke evaluacije.

5.2.11. Instrument za procjenu dualne dijagnoze (*Dual Diagnosis Screening Instrument*)

Navedeni instrument (DDSI) procjenjuje psihičke poremećaje kod problematičnih konzumenata droga (Mestre-Pinto i sur., 2014). Njegova je prednost u tome što ga mogu koristiti nestručnjaci u području intervjuiranja. Naime, DDSI predstavlja važeći mjerni instrument namijenjen otkrivanju najčešćih i teških psihičkih poremećaja kod konzumenata droga: depresija, manija, psihoza, panika, socijalna fobija, specifične fobije, ADHD i poslijetraumatski stresni poremećaj. Ovaj instrument pokazao je dobru prilagodljivost za primjenu u različitim okruženjima (za istraživanja, kod bolničkog i izvanbolničkog liječenja) i to kod osoba koje konzumiraju različite vrste droga (opijate, alkohol, kokain, amfetamini, kanabis i MDMA). Jednako tako, ima vrlo dobre psihometrijske karakteristike (osjetljivost – više od 85% kod svih dijagnoza i specifičnost – viša od 80%), a za proveditelje nestručnjake zahtjeva obuku u trajanju od oko 90 minuta. On sadrži 64 čestice za koje je potrebno samo 20-25 minuta. Navedena svojstva čine ga pogodnim za procjenu dualne dijagnoze u specijaliziranim ustanovama za medicinsku skrb i u domovima zdravlja u zajednici (EMCDDA, 2015).

Sažimajući nalaze o opisanim instrumentima za procjenu prisutnosti komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja, može se uočiti kako gotovo svaki od njih ima određene prednosti i nedostatke. Neke od slabosti sastoje se u tome da njihove mjerne

karakteristike nisu testirane za različite vrste komorbiditeta ili iziskuju previše vremena za njihovo popunjavanje ili, pak, ne uvjetuju trening za provoditelje ili procjenjivače rezultata i slično. S druge strane, prednost se očituje u tome što ovi instrumenti mogu procijeniti široki spektar psihičkih poremećaja, a više njih pokazuju istraživanjima potvrđene dobre mjerne karakteristike.

6. Kvaliteta sustava zdravstvene skrbi za osobe s dualnim poremećajem u Europskoj uniji

6.1. Smjernice za liječenje komorbiditeta kod problematičnih konzumenata droga

Reiger i suradnici su još prije tri desetljeća (1990) svojom epidemiološkom studijom pokazali da kod osoba s dijagnosticiranim psihičkim poremećajem postoji povećan rizik za razvoj ovisničkog poremećaja tijekom života. Tako i obrnuto, komorbidna dijagnoza kod problematičnih konzumenata droge dovodi do psihičkih i socijalnih implikacija poput povećanja psihotičnih simptoma, slabih tretmanskih ishoda, nasilja, beskućništva i u konačnici većeg rizika od zaraznih bolesti. Naime, podaci *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2011) iz SAD-a pokazuju da je samo 44% osoba u tretmanu za jedan od više komorbidnih poremećaja, dok je gotovo alarmantan podatak kako je samo 7% klijenata uključeno u tretman za oba poremećaja. Stoga se može ustvrditi da je zdravstvena politika relativno neuspješna u pogledu kreiranja adekvatnih i svrhovitih tretmanskih smjernica za oba poremećaja, što predstavlja veliki izazov za donositelje političkih odluka, kliničare i profesionalce.

Unatoč istaknutoj potrebi, teoretičari i praktičari do sada nisu postigli suglasje glede najučinkovitijih tretmanskih modela, bilo da je riječ o farmakološkom i/ili psihosocijalnom tretmanu. Problematika navedenog područja proizlazi iz činjenice da se stručnjaci u radu s komorbidnim dijagnozama susreću s poteškoćama utvrđivanja pojedinih dijagnoza, jednako kao i s poteškoćama vezanim uz procjenu i koordiniranje neophodnog tretmana za oba poremećaja. Važnost smjernica za rad s dualnim poremećajima očituje se u preporukama namijenjenima optimalizaciji skrbi o pacijentima, a utemeljene su na sustavnim izvješćima i dokazima te na procjeni koristi, odnosno štete alternativne skrbi. Naime, preporuke su usmjerene na pružanje pomoći stručnjacima i klijentima pri donošenju odluke o odabiru i primjeni odgovarajuće intervencije u specifičnim okolnostima. Stoga, smjernice uključuju skup

preporuka i koraka koje valja slijediti kod provođenja intervencija, a njihov sadržaj utemeljen je na dostupnim istraživanjima (Ured za suzbijanje zlorabe droga, 2014). Sukladno navedenom, postoje smjernice za *učinkovite psihosocijalne intervencije za dvojne dijagnoze* donesene od strane Ureda za suzbijanje zlorabe droga Vlade Republike Hrvatske. U ovom dokumentu navodi se kako istovremeno postojanje problematične uporabe droga i psihičkog poremećaja otežava ili onemogućuje liječenje osobe. Kako bi se izbjegli postojeći rizici i prevladali potencijalni negativni ishodi, NSW Health Guidelines (2008, prema Ured za suzbijanje zlorabe droga, 2014) donose nekoliko ključnih intervencija koje treba primjenjivati kod osoba s komorbiditetom problematične uporabe droga. Naime, ističe se važnost procjene vrste i stupnja psihičke bolesti i stanja uz ovisnost, nakon čega je potrebno potaknuti osobu na ostanak u tretmanu. Od najveće je važnosti raditi na povećanju motivacije i aktivnom sudjelovanju u tretmanu. Uz navedeno, potrebno je provoditi edukaciju stručnjaka s ciljem unaprjeđenja znanja o interakciji sredstva ovisnosti sa simptomima psihičke bolesti te se preporučuje provođenje integrativnog pristupa tretmanu u sklopu kojeg valja koristiti ili provoditi farmakološke i psihosocijalne intervencije.

Pregledom literature i intervjuiranjem osoba s dualnim poremećajem Ness, Borg i Davidson (2014) navode podržavajuće čimbenike, kao i prepreke za tretman i oporavak kod dualnog poremećaja. U kontekstu podržavajućih čimbenika za oporavak ističe se potreba smislenog provođenja svakodnevnice što uključuje strukturirano provođenje vremena i bavljenje sportskim aktivnostima uzimajući u obzir čime se, zapravo, klijent želi baviti za svoju dobrobit. Naime, time se klijenti oslanjaju na vlastite snage, prihvaćanje vlastitog iskustva, orijentaciju i promišljanje o budućnosti, ponovno uspostavljanje socijalnog života i podržavajuće prijateljske odnose te preuzimanje odgovornosti za sebe i druge. Navedeni podržavajući čimbenici su, u suštini, sami po sebi razumljivi i prihvatljivi jer imaju univerzalni značaj u životu ljudi, neovisno o problematičnoj uporabi droga i povezanom psihičkom poremećaju. Također treba naglasiti dobrobit bavljenja fizičkim aktivnostima, osobito tijekom oporavka od ovisnosti kada organizam treba detoksikaciju kako bi se povratile sposobnosti koncentracije i provođenja aktivnog života. Istodobno, usmjerenost prema budućnosti i razmišljanje o njoj često može izazvati strah kod osoba s dualnom dijagnozom. Stoga treba sagledati vlastite mogućnosti, nanovo preispitati postoji li stvarna želja za poboljšanjem kojoj mogu pridonijeti pozitivni, podržavajući i prijateljski odnosi u društvenom životu klijenta. S druge strane, prepreke u postizanju tretmanskih ciljeva nažalost se nerijetko događaju u samom zdravstvenom sustavu. Naime, nedostatak razumijevanja, tolerancije i prilagodbe na recidiv od strane liječnika i

terapeuta tijekom tretmana uvelike može demotivirati osobu. Na spomenuto se nadovezuje i problematika složenog i nekoordiniranog sustava pružanja pomoći i podrške koji je često prezahtjevan za klijente.

6.2. Modeli tretmana za osobe s dualnim poremećajem

U većini država pružanje zdravstvenih usluga i tretman mentalnog zdravlja za problematične konzumente droga često su razdvojeni. Ova odvojenost stvara poteškoće u osiguravanju optimalnog tretmana oba poremećaja (Ness, Borg i Davidson, 2014). Javljaju se i dvojbe vezane uz pouzdanost dijagnostike, odnosno nedovoljno kvalitetne procjene oba poremećaja, što posljedično utječe i na kvalitetu samog tretmana (Sacks i sur., 2013). Pored toga, karakteristike tretmanskih pristupa također mogu predstavljati problem, a odnose se na način provođenja tretmana te reguliranje i financijsku zahtjevnost tretmana (Burnam i Watkins, 2006). Iliceto i suradnici (2010) tvrde kako osobe s psihičkim poremećajima i povezanom problematičnom uporabom droga nailaze na brojne poteškoće zbog toga što se ne uklapaju u uobičajene tretmanske i rehabilitacijske programe. Sofuoglu i suradnici (2016) naglašavaju kako osobe s kognitivnim oštećenjima često imaju i komorbiditet problematične uporabe droga što se vezuje uz loše tretmanske ishode.

U tom pogledu postoje tri modela tretmana: serijski, usporedni i integrirani model (EMCDDA, 2015).

Uzastopni ili serijski model tretmana (*sequential or serial treatment*) promiče stav o tome da prvo valja provoditi tretman za prvi, ozbiljniji poremećaj, dok je drugi sekundaran i u prvoj fazi je izvan tretmana, dok se prvi ne stabilizira. Naime, u sklopu komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkog poremećaja mreža pružatelja tretmanskih usluga je nezavisna i institucije djeluju odvojeno. Jedina poveznica između dva različita pružatelja tretmana je upućivanje klijenta iz jedne institucije (vrste usluga) u drugu. Ako dođe do neusklađenosti ili nepovezanosti između dviju vrsta tretmana, povećava se rizik odustanka i prekida oba tretmana, što predstavlja golem neuspjeh i obeshrabruje klijenta u smislu povratka i nastavka liječenja. Drugi značajniji problem odnosi se na činjenicu da su komorbidni poremećaji u interakciji, a pojedinačnim tretmanom svakog od njih dolazi do ograničavanja učinka cjelokupnog tretmana i njegovih ishoda. Naime, interakcija problematične uporabe droga i psihičkog poremećaja objašnjava visoku stopu recidiva za oba poremećaja što ujedno dovodi do frustracije, kako kod provoditelja tretmana, tako i kod samih klijenata. Burnam i Watkins (2006) stoga zaključuju da

uzastopni ili sekvencijalni model tretmana ne bi trebao biti primjenjivan u radu s dualnim poremećajem.

Drugi model je usporedni model tretmana (*parallel treatment*) koji podrazumijeva istodobni tretman oba problema, odnosno poremećaja i to kod dva specijalizirana, ali često odvojena pružatelja tretmanskih usluga. U ovom slučaju prisutno je organizacijsko pitanje koje značajno utječe na kvalitetu suradnje pružatelja tretmanskih usluga. Navedeno može rezultirati upućivanjem klijenta u tretman samo jedne komorbidne dijagnoze ili zbog sudjelovanja u jednom tretmanu može biti isključen iz drugog. Nažalost, u toj situaciji osobe s komorbiditetom same preuzimaju težinu odgovornosti za odabir i ustrajnost u tretmanu (Burnam i Watkins, 2006; Drake i sur., 2001). U konačnici, problemi s kojima se problematični konzumenti droga često susreću uglavnom se odnose na: učinkovitost dostupnih oblika podrške, nedostatak koordinacije pri određivanju nositelja tretmana, logističke probleme pristupanja lokaciji pružatelja usluga, stigmatizaciju i negativne stavove osoblja prema problematičnim konzumentima droga, ali i postojanje apriornog stava o kriminalnom ponašanju vezanom uz uporabu droga (Neale, Tompkins i Sheard, 2008).

Treći model je integrirani model tretmana (*integrated treatment*) koji se odnosi na istovremeni i integrirani tretman psihičkog poremećaja i problematične uporabe droga (Drake, Wallach i McGovern, 2005). Ovaj model predviđa kreiranje tretmana oba poremećaja na način da se tretmansi provode istovremeno i da ih vodi multidisciplinarni tim. Međutim, nije lako postići nadilaženje tradicionalnih razlika u davanju tretmanskih usluga od strane različitih pružatelja tih usluga (Burnam i Watkins, 2006). Slijedom toga, potrebno je premostiti razlike u pristupu tretmanu te kreirati učinkovit i integrirani tretmanski sustav za osobe s komorbiditetom. Iako je integrirani model bio predstavljen kao mjera za smanjivanje razlika i rizika za odustajanje te smanjenje dupliciranja tretmanskih koraka, u EU za to ne postoje dokazi. Većina istraživanja o integriranom tretmanu provedena je na uzorku klijenata s teškim psihičkim poremećajem i problematičnom uporabom droga (Craig i sur., 2008; McCrone i sur., 2000). Nedavno istraživanje provedeno u Norveškoj pokazalo je kako integrirani tretman doprinosi povećanju motivacije za sudjelovanjem u tretmanu kod osoba u izvanbolničkom liječenju s komorbiditetom depresije ili anksioznosti i problematične uporabe droga (Wüsthoff i sur., 2014). U Finskoj, Italiji, Nizozemskoj, Norveškoj i Španjolskoj postoje specijalizirane jedinice za stacionarno liječenje osoba s akutnim dualnim poremećajem, stambene zajednice za „dualce“ te programi koji se provode u centrima u zajednici. Navedeni primjeri ukazuju na

korake koji se poduzimaju kako bi u praksi zaživio integrirani tretman (EMCDDA, 2015). Evidentno je da sintagma „integrirani tretman“ zvuči obećavajuće, međutim, podrazumijeva uvjete koje je teško postići. Istraživanja o relevantnosti ove vrste tretmana uglavnom dolaze izvan Europe. U tom smislu Australian Institute of Health and Welfare (2005) ističe kako nalazi o pristupima liječenju i skrbi o osobama s komorbiditetom nisu sustavni, a podaci nisu rigorozno evaluirani. Ovi problemi, između ostalog, proizlaze iz teškoća praćenja i ispitivanja osoba s komorbiditetom jer je riječ o osobama koje su nerijetko nedostupne zbog ovisničkog stihijskog (nestrukturiranog) načina života. S druge strane, Drake i sur. (1998) navode da primjenom integriranog tretmana u liječenju osoba s komorbiditetom problematične uporabe droga i psihičkog poremećaja dolazi do pozitivnih pomaka za oba poremećaja. U konačnici, ipak, treba konstatirati kako ubuduće treba težiti tome da se ispoštuju uvjeti za provođenje integriranog tretmana u praksi i nastaviti istraživanja o njegovoj učinkovitosti.

6.3. Zdravstvena skrb dualnih poremećaja u državama EU

Prema Izvješću EMCDDA (2015) nastavno će ukratko biti prikazane prednosti i slabosti organizacije i kvalitete tretmana dualnog poremećaja u odabranim članicama EU. Neke članice EU pokazatelji su dobrih primjera provedbe tretmana dualnih poremećaja. U tom pogledu Slovenija i Republika Hrvatska imaju sličan sustav tretmana za osobe s dualnim poremećajem. U obje države tretman se provodi u specijaliziranim bolničkim jedinicama te u formi stacionarnih i izvanbolničkih centara. Nadalje, Češka Republika, Nizozemska i Poljska također su osnovale specijalizirane tretmanske centre za tretman dualnog poremećaja. S druge strane, Danska i Finska se ističu po decentralizacijskom sustavu tretmana. U Danskoj se osobe s dualnim poremećajem uključuju u koordinirani plan tretmana koji objedinjuje suradnju različitih lokalnih pružatelja tretmanskih usluga, kao i općinske psihijatrijske ustanove, dok u Finskoj svaka lokalna zajednica preuzima odgovornost za osiguravanje tretmanskih usluga za dualni poremećaj. U tom pogledu općine pristupaju problematici tretmana na raznolike načine. Neke su oformile tim osoblja unutar primarne zdravstvene skrbi, druge su u svoje timove uključile psihijatre specijalizirane za ovisnosti, a ostale su cjelokupni tretman zadržale u nadležnosti psihijatrije.

Za neke zemlje se procjenjuje da imaju iznimno dobro razvijen sustav za tretman dualnog poremećaja u odnosu na prethodno navedene. Npr. u Belgiji je posljednjih 15 godina zamijećeno značajno povećanje broja pacijenata s dualnim poremećajem te je započelo provođenje pilot projekta pod nazivom „Intenzivan tretman za pacijente s dualnom

dijagnozom“. Sadržaj projekta usmjeren je na unaprjeđenje kvalitete tretmanskih usluga za dualni poremećaj. U tom pogledu je regulirano kako tretman treba usmjeriti na stabilizaciju pacijenta u razdoblju od 6 mjeseci, što se, ovisno o individualnim karakteristikama, može produžiti za još 6 mjeseci. Nakon toga upućuju se u ambulantu ili druge oblike stambene skrbi. Također valja istaknuti da je medicinski tim u tom području razvio specifičnu procjenu nakon koje se klijenti prema dobivenim karakteristikama upućuju u tretman, što predstavlja značajan korak u povećanju kvalitete tretmana. Provedbom evaluacije projekta proizašla je potreba za produženjem tretmana i za osnivanjem javnog, strukturiranog smještaja za „dualce“. Međutim, evaluacija je donijela i određene kritike koje se odnose na nedostatak zdravstvene zaštite i supervizije u stambenim zajednicama, kao i nedostatak rehabilitacijskih mogućnosti za korisnike. Sažimajući navedeno, Belgija je poduzela značajne korake u svezi unaprjeđenja kvalitete tretmanskih usluga, a dobivene kritike može iskoristiti za kreiranje smjernica za budući rad i ulaganje u tretman. Italija, također, ima dobro razvijen sustav tretmana dualnog poremećaja. 80% talijanskih regija ima specifične programe za stacionarno i izvanbolničko liječenje „dualaca“ pri čemu je polovina programa povezana sa servisima za ovisnost i ustanovama za mentalno zdravlje, što omogućuje koordinaciju terapijskih intervencija. U tom pogledu tretmanske usluge razvijene su u skladu s integriranim modelom što upućuje na činjenicu da se dobrim planom i koordinacijom mogu nadići prepreke za njegovu primjenu. Portugal regulira ponudu usluga za građane s problemima ovisnosti putem privatnih i društvenih ustanova koje djeluju u okviru zdravstvenog i socijalnog osiguranja, pravosudnog sustava i slično. Naime, svi navedeni sustavi brinu o klijentima i raspolažu činjenicama vezanim uz njihove bio-psiho-socijalne potrebe te težinu razvoja ovisnosti. Pružanje skrbi organizirano je na tri razine. Prva razina obuhvaća opći pristup tretmanu u centrima za primarnu zdravstvenu skrb. Druga razina uključuje specijaliziranu skrb koja se uglavnom pruža u obliku izvanbolničkog liječenja, dok se treća razina usmjerava na razlikovanje skrbi među problematičnim konzumentima droga. U tom pogledu razlikuje vrste poremećaja pri čemu se usluge uglavnom pružaju u stacionarnim uvjetima poput centara za detoksifikaciju, tretmanskih centara, u centrima za dnevnu skrb i u specijaliziranim jedinicama za skrb o mentalnom ili tjelesnom zdravlju. Uzevši u obzir navedeni referentni okvir, Portugal također provodi tretman komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja po uzoru na integrirani model. Svojim nacionalnim smjernicama Švedska propisuje tretman dualnog poremećaja. Kreira se individualni akcijski plan koji osigurava integrirani pristup tretmanu koji provodi psihijatrijski tim ili se organizira putem koordinacije različitih provoditelja tretmana. Temeljem

navedenih primjera razvidno je kako se kvalitetnim smjernicama i dobrom koordinacijom pružatelja tretmanskih usluga može uspostaviti integrirani model tretmana. Prema svojim obilježjima i dosadašnjim evaluacijama, ovaj model tretmana ukazuje kako je najpoželjniji i najučinkovitiji u liječenju dualnog poremećaja. Na temelju opisanih primjera dobre prakse ostale države EU i izvan nje mogu poboljšati pružanje postojećih tretmanskih usluga ili osnovati centre koji će raditi prema integriranom modelu.

Nasuprot tome, postoje i države koje ne osiguravaju tretman dualnog poremećaja ili se nije pokazao učinkovitim. U tom pogledu Bugarska i Francuska provode tretman s ovisnicima u privatnim i javnim institucijama, odnosno specijaliziranim centrima. Međutim, unutar ovih zdravstvenih usluga nije osiguran tretman osobama s dualnim poremećajem. S druge strane, Estonija i Njemačka imaju tretman za osobe s dualnim poremećajem, no, on se u praksi nije pokazao naročito uspješnim. Sumirajući pozitivne i negativne tretmanske modele, kao i postojeće ekstreme nameće se pitanje je li i koliko je djelotvorno uopće ne provoditi tretman dualnog poremećaja ili samo djelomično pružati tretmanske usluge koje potencijalno mogu rezultirati većom štetom za ovisnika. Navedeno pitanje nema konkretan odgovor već zahtijeva dodatno promišljanje o tome kako nastalu situaciju promijeniti u prilog pružanja minimalno učinkovitih tretmanskih usluga.

7. Zaključak

Terminološka određenja, pristupi, utvrđivanje etiologije i drugi važni elementi vezani uz dualni poremećaj razvijali su se tijekom vremena usporedno s napretkom u istraživačkim metodama. Početni problemi vezani uz određenje samog poremećaja riješeni su utvrđivanjem međunarodno priznatih definicija i uvođenjem pojma dualnog poremećaja u DSM-V (2016) i MKB-10 (2012). Međutim, od tada se vode stručne rasprave o dualnom poremećaju bez postizanja suglasja o tome koji je pristup u dijagnosticiranju i tretmanu ovog fenomena zapravo ispravan i djelotvoran. Sumirajući rezultate istraživanja ističe se kao dominantan bio-psiho-socijalni pristup, osobito u razvijenijim državama EU koji objedinjuje ključne uloge bioloških i psiholoških s lošim okolinskim čimbenicima u razvoju samog poremećaja (EMCDDA, 2015). Nadalje, postoji visok stupanj prevalencije komorbidnih dijagnoza kod problematičnih konzumenata droga, pri čemu su osobito zabrinjavajući oni vezani uz marginalne skupine (Casares-Lopez i sur., 2011; Beijer i sur., 2007; Aichhorn i sur., 2008). One obuhvaćaju osobe mlađe životne dobi, zatvorsku populaciju, ovisnike koji ne traže ili nisu uključeni u bilo koji oblik tretmana, kao i beskućnike kao posebnu kategoriju. U tom pogledu ističe se potreba za efikasnijim otkrivanjem ovih slučajeva, olakšanim uključivanjem u tretman (dostupnosti tretmana), kao i za jačanjem motivacije za zadržavanjem u tretmanu. Teškoće vezane uz učinkovito otkrivanje povezane su s nedostatkom općeprihvaćenog stajališta o uzrocima dualnog poremećaja. Naime, nedostatak konkretnih etioloških spoznaja otežava proces dijagnosticiranja i liječenja osoba s dualnim poremećajem. Unatoč tome, podaci o rizičnim čimbenicima na temelju kojih se prepoznaju rizične skupine pomažu u procesu detekcije dualnog poremećaja. U prvom redu, znatan utjecaj na pojavu komorbiditeta imaju genetski rizični čimbenici, no, prilikom njihova proučavanja potrebno je uzeti u obzir i druge okolinske i osobne čimbenike (Cantao i sur., 2015). Unutar skupine individualnih rizičnih čimbenika longitudinalnim studijama treba detaljnije istražiti područja vezana uz promjene kognitivnih funkcija. Razmatranje rizičnih čimbenika u području osobina ličnosti također predstavlja značajnu komponentu u istraživanjima dualnog poremećaja. Naime, rezultati istraživanja ukazuju na to kako različite osobine ličnosti imaju različitu ulogu u pojavnosti dualnog poremećaja. One koje su se pokazale najzastupljenijima odnose se na dezinhibicijske crte ličnosti, odnosno impulzivnost i traženje uzbuđenja (Butorac, 2010). Nadalje, razlike prema spolu zahtijevaju provođenje sveobuhvatnijih istraživanja kako bi se utjecaj preostalih rizičnih čimbenika mogao klasificirati s obzirom na jačinu utjecaja na pojedini spol. Također je potrebno prikupiti podatke u pogledu utvrđivanja povezanosti između specifičnih čimbenika

između vrste, trenda i stupnja toksičnosti psihoaktivnih tvari, društvenog okruženja osobe i određenih psihičkih poremećaja kako bi se moglo na vrijeme prepoznati i djelovati na umanjivanje njihova utjecaja. Stoga je potrebno provoditi dodatna istraživanja unutar navedenih područja kako bi se temeljem dobivenih podataka kreirale učinkovite preventivne i tretmanske smjernice.

U svrhu postavljanja što pouzdanije dijagnoze razvijeni su instrumenti za procjenu i dijagnostiku psihičkih poremećaja i problematične uporabe droga. Neki od njih su prikladni za primjenu kod utvrđivanja oba poremećaja, dok kod drugih instrumenata psihometrijske karakteristike ograničavaju njihovu upotrebu na jedan komorbidni poremećaj. Na temelju nalaza dobivenih pregledom literature, za socijalne pedagoge bilo bi prikladno korištenje četiri mjerna instrumenta. Prvi je Upitnik za psihijatrijsku dijagnostičku procjenu jer se može primijeniti kod opće populacije ovisnika o drogama, dok je drugi instrument Obrazac za procjenu mentalnog zdravlja koji je polu-strukturirani upitnik za procjenu ovisnika. Sljedeći je Instrument za procjenu dualne dijagnoze (namijenjen je procjeni populacije ovisne o drogama detektirajući osam poremećaja temeljem DSM-V (2013) dijagnostičkih kriterija. Posljednji je Planiranje i provođenje intervjua za poremećaj uporabe alkohola ili skraćeno AUDADIS također bi bio prikladan za socijalne pedagoge kao njegove provoditelje zbog postavljenih preduvjeta i dobrih psihometrijskih karakteristika. Naime, socijalni pedagozi imaju potrebna (pred)znanja, između ostalih, i iz područja psihopatologije i tretmanskih intervencija koja uz trening mogu rezultirati kvalitetnim i dobrim procjenama. Sažimajući podatke o dijagnostičkim instrumentima za utvrđivanje dualne dijagnozem može se ustvrditi kako socijalni pedagozi mogu koristiti bilo koji dijagnostički instrument ako završe traženu edukaciju i ako ustanova u kojoj rade odobrava takve postupke.

U pogledu tretmana komorbiditeta problematične uporabe droga i psihičkih poremećaja teoretičari i praktičari do sada se nisu usuglasili glede najučinkovitijih tretmanskih modela, bilo da je riječ o farmakološkom i/ili psihosocijalnom tretmanu. Međutim, dosadašnja istraživanja preporučuju provođenje integrativnog pristupa tretmanu u sklopu kojeg valja koristiti ili provoditi farmakološke i psihosocijalne intervencije (Drake i sur., 1998). Sukladno navedenom, ovisno o tome koji psihički poremećaj se pojavljuje u komorbiditetu s problematičnom uporabom droga, kreiraju se tretmanske smjernice. Primjerice, kod komorbiditeta anksioznog i depresivnog poremećaja te psihoze i problematične uporabe droga preporučuje se kognitivno-bihevioralni tretman uz farmakoterapiju. S druge strane, kod određenih vrsta komorbiditeta

potrebno je provesti dodatna istraživanja kako bi se utvrdili određeni učinci i međuodnosi prisutnih poremećaja kako bi se na temelju tih podataka kreirale učinkovite tretmanske smjernice. Ipak, komorbiditet određenih poremećaja bilježi lošije tretmanske ishode i smanjenu vjerojatnost oporavka. Primjerice, opći anksiozni, bipolarni i poremećaj ličnosti u komorbiditetu s problematičnom upotrebom droga vežu se uz lošije tretmanske ishode, lošiju socijalnu prilagodbu i teškoće vezane uz zadržavanje u tretmanu (Bruce i sur., 2005; Compton, i sur., 2003; sve prema Brady i sur., 2013; Jaworski i sur., 2011; EMCDDA, 2105). Stoga je potrebno provoditi dodatna istraživanja u svrhu utvrđivanja učinkovitih tretmanskih smjernica i metoda rada.

Temeljem dosadašnjih spoznaja integrirani model podrazumijeva kreiranje tretmana oba poremećaja, a tretmanski programi izvode se istovremeno uz sudjelovanje multidisciplinarnog tima. Njegovom primjenom dobiveni su pozitivni pomaci kod oba poremećaja, ali se provode i daljnja istraživanja vezana uz kvalitetu tretmanskih ishoda. U konačnici, integrirani model tretmana predstavlja optimalan model dobre prakse kojem bi trebalo težiti u kontekstu pružanja tretmanskih usluga za liječenje dualnog poremećaja. U tom smislu naglašava se kvaliteta procjene vrste i stupnja psihičke bolesti i stanja uz ovisnost pri čemu u procesu procjene uz psihijatre trebaju sudjelovati i drugi stručnjaci poput socijalnih pedagoga, psihologa i slično. Također je poželjno da interdisciplinarni tim stručnjaka istovremeno radi na povećanju aktivnog sudjelovanja klijenta u tretmanu i jačanju motivacije za ostanak u njemu. U ovom kontekstu potrebno je usmjeriti se i na edukaciju šire populacije u cilju povećanja svjesnosti o zastupljenosti i problematici dualnog poremećaja u svrhu programiranja i provođenja što kvalitetnijih i učinkovitijih tretmanskih usluga, a koje sukladno težini i zastupljenosti problema trebaju predstavljati imperativ današnjeg društva.

8. Literatura:

Agrawal, A. i Lynskey, M.T. (2014): Cannabis controversies: how genetics can inform the study of comorbidity. *Society for the Study of Addiction*. 109. 360-370.

Aichhorn, W., Santeler, S., Stelzig-Scholer, R., Kemmler, G., Steinmayr-Gensluckner, M. i Hinterhuber, H. (2008): Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation*. 22 (3). 180-188.

Alexander, M.J., Haugland, G., Lin, S.P., Bertollo, D.N. i McCorry, F.A. (2008): Mental health screening in addiction, corrections and social service settings: Validating the MMS. *International Journal of Mental and Addiction*. 6 (1). 105-119.

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition. American Psychiatric Association. Arlington.

American Psychiatric Association (2016): *Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition. American Psychiatric Association. Arlington.

Američka psihijatrijska udruga (1996): *Dijagnostički i Statistički Priručnik za Duševne Poremećaje*, Četvrto izdanje. Naklada Slap. Jastrebarsko.

Antičević, V., Jokić-Begić, N. i Britvić, D. (2012): Spolne razlike u osobinama ličnosti ovisnika o heroinu i konzumenata marihuane na Eysenckovom upitniku ličnosti (EPQ). *Društvena istraživanja*. 115 (1). 203-218.

Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavon, F.J., Campos Cloute, R., Calado, M., Ruiz, J.J., Garcia-Marchena, N., Gornemann, I., Torrens, M. i Rodriguez de Fonseca, F. (2014): Psychopathological comorbidity in cocaine users in outpatient treatment. *Adicciones*. 26 (1). 15-26.

Arendt, M., Sher, L., Fjorback, L., Brandholdt, J. i Munk-Jorgensen, P. (2007): Parental alcoholism predicts suicidal behavior in adolescents and young adults with cannabis dependence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 19 (1). 67-77.

Australian Institute of Health and Welfare (2005): National Comorbidity Initiative: A review of data collections relating to people with coexisting substance use and mental health disorders. Australian Institute of Health and Welfare. Canberra.

Back, S.E., Contini, R. i Brady, K.T. (2007): Women and Substance Use Disorders: Does Gender Matter? *Psychiatric Times*. 24 (1). 48.

Baldacchino, A. (2007): Co-morbid substance misuse and mental health problems: policy and practice in Scotland. *The American Journal on Addictions*. 16 (3). 147-159.

Baldacchino, A., Blair, H., Scherbaum, N., Grosse-Vehne, E., Riglietta, M., Tidone, L., Criaco, C., Marelli, M.C., Sommer, B., Tan, L., Little, H. i Ghodse, H. (2009): Drugs and psychosis project: a multi-centre European study on comorbidity. *Drug and Alcohol Review*. 28 (4). 379-389.

Ball, S.A. (2005): Personality traits, problems and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*. 39. 84-102.

Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. i Fletcher, K. (2003): Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*. 111 (1). 97-109.

Barkus, E. i Murray, R.M. (2010): Substance use in adolescence and psychosis: clarifying the relationship. *Annual Review of Clinical Psychology*. 6. 365-389.

Batalla, A., Garcia-Rizo, C., Castellvi, P., Fernandez-Egea, E., Yücel, M., Parellada, E., Kirkpatrick, B., Martin-Santos, R. i Barnardo, M. (2013): Screening for substance use disorders in first-episode psychosis: implication for reamission. *Schizophrenia Research*. 146 (1-3). 125-131.

Becker, J.B. i Hu, M. (2008): Sex Differences in Drug Abuse. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 29 (1). 36-47.

Beijer, U., Andreasson, A., Agren, G. i Fugelstad, A. (2007): Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow up of 82 homeless men in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry*. 47 (3). 363-368.

Benjamin, A.B., Mossman, D., Graves, N.S. i Sanders, R.D. (2006): Tests of a symptom checklist to screen for comorbid psychiatric disorders in alcoholism. *Comprehensive Psychiatry*. 47 (3). 227-233.

Bernacer, J., Corlett, P.R., Ramachandra, P., McFarlane, B., Turner, D.C., Clark, L., Robinson, T.W., Fletcher, P.C. i Murray, G.K. (2013): Methamphetamine-induced disruption of frontostriatal reward learning signals: relation to psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 170 (11). 1326-1334.

Bizzarri, J.V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimond, F., Ravani, L., Massei, G.J., Milani, F., Milianti, M., Massei, G., Gonnelli, C. i Cassano, G.B. (2009): Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Research*. 165 (1-2). 88-95.

Blanco, C., Alegria, A.A., Liu, S.-M., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C. i Nunes, E.V. (2012): Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 73 (6). 865-873.

Blinder, B.J., Cumella, E.J. i Sanathara, V.A. (2006): Psychiatric comorbidities of female inpatient with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*. 68 (3). 454-462.

Bossong, M.G., Jansma, J.M., van Hell, H.H., Jager, G., Oudman, E., Saliasi, E., Kahn, R.S. i Ramsey, N.F. (2012): Effects of delta9-tetrahydrocannabinol on human working memory function. *Biological psychiatry*. 71 (8). 693-699.

Bossong, M.G., Jager, G., Bhattacharyya, S. i Allen, P. (2014): Acute and non-acute effects of cannabis on human memory function: a critical review of neuroimaging studies. *Current pharmaceutical design*. 20 (13). 2114-2125.

Brady, K.T., Grice, D.E., Dustan, L. i Randall, C. (1993): Gender Differences in Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 150. 1707-1711.

Brady, K.T. i Sinha, R. (2005): Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*. 162 (8). 1483-1493.

- Brady, K.T., Haynes, L.F., Hartwell, K.J. i Killeen, T.K. (2013): Substance Use Disorders and Anxiety: A Treatment Challenge for Social Workers. *Social Work in Public Health*. 28. 407-423.
- Broadhead, W.E., Leon, A.C., Weissman, M.M., Barrett, J.E., Blacklow, R.S., Gilbert, T.T., Keller, M.B., Olfson, M. i Higgins, E.S. (1995): Deleopemnt and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Archives of Family Medicine*. 4 (3). 211-219.
- Burnam, M.A. i Watkins, K.E. (2006): Substance abuse eith mental disorders: specialized public systems and integrated care. *Health Affairs*. 25 (3). 648-658.
- Butorac, K. (2010): Neka obilježja osobnosti kao prediktivni čimbenici zlouporabe i ovisnosti o drogama i alkoholu. *Kriminologija i socijalna integracija*. 18 (1). 79-98.
- Cantao L., Fonseca L.L.K., Silva T.I.M., Oliveira M., Oliveira V.C. i Machado R.M. (2015): Socio-demographic and clinical profile of elderly people with depression and the use of psychoactive drugs. *Revista Rene*. 16 (3). 355-362.
- Carroll, J.F.X. i McGinley, J.J. (2001): A screening form of identifying mental health problems in alcohol/other drug dependent persons. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 19 (4). 33-47.
- Casares-Lopez, M.J., Gonzalez-Menendez, A., Bobes-Bascaran, M.T., Secades, R., Martinez-Cordero, A. i Bobes, J. (2011): Need for the assessment of dual diagnosis in prison. *Adicciones*. 23 (1). 37-44.
- Chaloupka, F.J. i Lixuthai, A. (1997): Do youths substitute alcohol and marijuana? Some econometric evidence. *Eastern Economic Journal*. 23. 253-276.
- Clark, C. i Young, M.S. (2009): Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 37 (4). 346-352.
- Combaluzier, S., Gouvernet, B. i Bernoussi, A. (2009): Impact of personality disorders in a sample of 212 homeless drug users. *Lecephale*. 35 (5). 448-453.
- Conner, K.R. (2011): Clariying the relationship between alcohol and depression. *Addiction*. 106 (5). 915. 916.

Conway, K.P., Swendsen, J.D., Rounsaville, B.J., Merikangas, K.R. (2002): Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*. 65. 225-234.

Corte, C i Stein, K.F. (2000): Eating disorders and substance use. An examination of bihevioral associations. *Eating Behaivors*. 1 (2). 173-189.

Coscas, S., Benyamina, A., Reynauld, M i Karila, L. (2013): Psychiatric complitaions of cannabis use. *La Revue Du Praticien*. 63 (10). 1426-128.

Craig, T.K.J., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., Gournay, K., White, I., Wanigaratne, S., Leese, M. i Thornicroft, G. (2008): Integrated care for co-occurring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatruc Services*. 59 (3). 276-282.

Cuenca-Royo, A.M., Torrens, M., Sanchez-Niubo, A., Suelves, J.M. i Domingo-Salvany, A. (2013): Psychiatric morbidity among young-adults cannabis users. *Addiciones*. 25 (1). 45-53.

Curran, H.V. i Robjant, K. (2006): Eating attitudes, weight concerns and beliefs about drug effects in women who use ecstasy. *Journal of Psychopharmacology*. 20 (3). 425-431.

DeepDiveAdmin (2015): Axis I. Preuzeto 27.6.2017. s http://www.psyweb.com/DSM_IV/jsp/Axis_I.jsp.

Delgadillo, J., Payne, S., Gilbody, S., Godfrey, C., Gore, S., Jessop, D. i Dale, V. (2011): How reliable is depression screening in alcohol and drug users? A validation of brief and ultra-brief questionnaires. *Journal of Affective Disorders*. 134 (1-3). 266-271.

Derogatis, L.R. i Melisaratos, N. (1983): The Brief Symptom Inventory: an intorductory report. *Psychological Medicine*. 13 (3). 595-605.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S. i Covi, L. (1973): SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 9 (1). 13-28.

Di Furia, L., Pizza, M., Rampazzo, L. i Corti., A (2006): The Italian experience: (B) Comorbidity in Padua. U: Corkery, J i Baldacchino, A. (ur.), Co-morbidity: Perspectives across Europe. *European Collaborating Centres on Addiciton Studies (ECCAS)*. London. 186-197.

Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J., Bond, G.R. (1998): Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 24 (4). 589-608.

Drake, R.E. i Wallach, M.A. (2000): Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric services*. 51 (9). 1126-1129.

Drake, R.E., Goldman, H.H., Leff, H.S., Lehman, A.F., Dixon, L., Mueser, K.T. i Torrey, W.C. (2001): Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*. 52 (2). 179-182.

Drake, R.E., Wallach, M.A. i McGovern, M.P. (2005): Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*. 56 (10). 1297-1302.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007): Problematic drug use population. Preuzeto 14.6.2017. s <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013): Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015): Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (2017): Europsko izvješće o drogama: trendovi i razvoj. Ured za publikacije Europske unije. Luksemburg.

Evans, E.A. i Sullivan, M.A. (2014): Abuse and misuse of antidepressants. *Substance Abuse and Rehabilitation*. 5. 107-120.

Farrell, M. (2001): Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *The British Journal of Psychiatry*. 179 (5). 432-437. Literature. Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 38 (3). 220-230.

Fatseas, M., Denis, C., Lavie, E. i Auriacombe, M. (2010): Relationship between anxiety disorders and opiate dependence . A systematic review of the literature. Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 38 (3). 220-230.

Fiorentini, A., Volonteri, L.S., Dragogna, F., Rovera, C., Maffini, M., Mauri, M.C. i Altamura, C.A. (2011): Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. *Curente Drug Abuse Reviews*. 4 (4). 228-240.

First, M.B. (1997): User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. American Psychiatric Press. Washington D.C..

Fischer, S. i Le Grange, D. (2007): Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 40 (8). 751-753.

Franko, D.I., Dorer, D.J., Keel, P.K., Jackson, S., Manzo, M.P. i Herzog, D.B. (2005): How the eating disorders and alcohol use disorder influence each other?. *The International Journal of Eating Disorders*. 38 (3). 200-207.

Goldberg, D. (1978): Manual of the general health questionnaire. National Foundation for Educational Research. Windsor.

Goldberg, D. (1986): Use of the general health questionnaire in clinical work. *British Medical Journal (Clinical Research Ed)*. 293 (6556). 1188-1189.

Grant, B.F., Harford, T.C., Dawson, D.A, Chou, P.S. i Pickering, R.P. (1995): The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*. 39 (1). 37-44.

Grant, B.F., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Chou, P.S., Kay, W. I Pickering, R. (2003): The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family hisotry of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*. 71 (1). 7-16.

Green, A.I. (2005): Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 66 (6). 21-26.

- Green, A.I., (2006): Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacologic approaches. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 67 (7). 31-35.
- Green, A.I. i Brown, E.S. (2006): Comorbid schizophrenia and substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 67 (9). e08.
- Green, A.I., Noordsy, D.L., Brunette, M.F. i O'Keefe, C. (2008): Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *Jornal of Substance Abuse Treatment*. 34 (1). 61-71.
- Green, K.M., Zabrack, K.A., Fothergill, K.E., Robertson, J.A. i Ensminger, M.E. (2012): Childhood and Adolescent Risk Factors for Comorbid Depression and Substance Use Disorders in Adulthood. *Addictive Behaviors*. 37 (11). 1240-1247.
- Gregg, L., Barrowclough, C. i Haddock, G. (2007): Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*. 27 (4). 494-510.
- Gregorowski, C., Seedat, S. i Jordaan, G.P. (2013): A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry*. 13. 289.
- Hasin, D.S., Tratman, K.D., Miele, G.M., samet, S., Smith, M. i Endicott, J. (1996): Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *The American Journal of Psychiatry*. 153 (9). 1195-1201.
- Hasin, D., Carpenter, K.M., McCloud, S., Smith, M. i Grant, B.F. (1997): The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*. 44 (2-3). 133-141.
- Hasin, D.S. i Grant, B.F. (2004): The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Archives of General Psychiatry*. 61 (9). 891-896.
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K. i Waxman, R. (2006): Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry*. 163 (4). 689-696.

Haug, N.A., Heinberg, L.J. i Guarda, A.S. (2001): Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disorder inpatients. *Eating and Weight Disorders: EWD*. 6 (3). 130-139.

Havens, J.R., Ompad, D.C., Latkin, C.A., Fuller, C.M., Arria, A.M., Vlahov, D. i Strathdee, S.A. (2005): Suicidal ideation among African-American non-injection drug users. *Ethnicity & Disease*. 15 (1). 110-115.

Haver, B. (1997): Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme. *Alcohol and Alcoholism*. 32 (6). 725-730.

Henderson, M.J., Galen, L.W. i DeLuca, J.W. (1998): Temperament Style and Substance Abuse Characteristics. *Substance Abuse*. 19 (2). 61-70.

Hermle, L., Szlak-Rubin, R., Täschner, K.L., Peukert, P. i Batra, A. (2013): Substanzbezogene Störungen: häufigkeit bei Patienten mit schizophrenen oder affektiven Störungsbildern. *Der Nervenarzt*. 84 (3). 315-325.

Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M. i Brugal, M.T. (2008): Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 103 (2). 284-293.

Herzog, D.B., Franko, D.L., Doler, D.J., Keel, P.K., Jackson, S. i Manzo, M.P. (2006): Drug abuse in women with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*. 39 (5). 364-368.

Hesse, M. (2009): Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the publisher literature. *BMC Psychiatry*. 9. 6.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012): Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB – 10, Deseta revizija, svezak 1. – drugo izdanje. Medicinska naklada. Zagreb.

Iliceto, P., Pompili, M., Girardi, P., Lester, D., Vincenti, C., Rihmer, Z., Tatarelli, R., Akiskal, H.S. (2010): Hopelessness, Temperament, and Health Perception in Heroin Addicts. *Journal of Addictive Diseases*. 29. 352-358.

Janca, A., Ustün, T.B. i Sartorius, N. (1994): New version of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90 (2). 73-83.

Jaworski, F., Dubertret, C., Ades, J. i Gorwood, P. (2011): Presence of co-morbid substance use disorder in bipolar patients worsens their social functioning to the level observed in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 185 (1-2). 129-134.

Kendler, K.S., Jacobson, K.C., Prescott, C.A. i Neale, M.C. (2003a): Specificity of Genetic and Environmental Risk Factors for Use and Abuse/Dependence of Cannabis, Cocaine, Hallucinogens, Sedatives, Stimulants, and Opiates in Male Twins. *The American journal of psychiatry*. 160 (4). 687-695.

Kendler, K.S., Prescott, C.A., Myers, J., i Neale, M.C. (2003b): The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry*. 60. 929-937.

Kenkel, D., Mathios, A.D. i Pacula, R.L. (2001): Economics of youth drug use, addiction and gateway effects. *Addiction*. 96 (1). 151-164.

Khantzian, E.J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 142 (11). 1259-1264.

Kollins, S.H. (2008): A qualitative review of issues arising in the use of psycho-stimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders. *Current Medical Research and Opinion*. 24 (5). 1345-1357.

Kreek, M.J., Nielsen, D.A., Butelman, E.R. i LaForge, K.S. (2005): Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature neuroscience*. 8 (11). 1450-1457.

Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., Collier, D. i Fernandez-Aranda, F. (2008): Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*. 97 (1-2). 169-179.

Langas, A.M., Malt, U.F. i Opjordsmoen, S. (2012): In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*. 12. 180.

Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J. i Bunbar, G. (1997): The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*. 12 (5). 224-231.

Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J. i Bolton, J.M. (2010): The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. 27 (8). 731-736.

Leray, E., Camara, A., Drapier, D., Riou, F., Bougeant, N., Pelissolo, A., Lloyd, K.R., Bellamy, V., Roelandt, J.L. i Millet, B. (2011): Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the "Mental Health in General Population" survey (MHGP). *European Psychiatry*. 26 (6). 339-345.

Levin, F.R., Bisaga, A., Raby, W., Aharonovich, E., Rubin, E., Mariani, J., Brooks, D.J. Garawi, F. i Nunes, E.V. (2008): Effects of major depressive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder on the outcome of treatment for cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 34 (1). 80-89.

Levin, F.R., Mariani, J., Brooks, D.J., Pavlicova, M., Nunes, E.V., Agosti, V., Bisaga, A., Sullivan, M.A. i Carpenter, K.M. (2013): A randomized double-blind, placebo-controlled trial of venlafaxine-extended release for co-occurring cannabis dependence and depressive disorders. *Addiction*. 108 (6). 1084-1094.

Lev-Ran, S., Feingold, D., Frenkel, A. i Lerner, A.G. (2014): Clinical Characteristics of Individuals With Schizophrenia and Hallucinogen Persisting Perception Disorder: A Preliminary Investigation. *Journal of dual diagnosis*. 10 (2). 79-83.

Lingford-Hughes, A.R., Welch, S., Peters, L. i Nutt, D.J. (2012): BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*. 26 (7). 899-952.

Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M. i Gasquet, I. (2009): Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a

nationwide sample of French prisoners. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 33 (1). 160-168.

Magidson, J.F., Wang, S., Lejuez, C.W., Iza, M. i Blanco, C. (2013): Prospective study of substance-induced and independent major depressive disorder among individuals with substance use disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*. 30 (6). 538-545.

Maremmanni, A.G.I., Dell'Osso, L., Pacini, M., Popovic, D., Rovai, L., Torrens, M., Perugi, G. i Maremmanni, I. (2011): Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin. *Journal of Addictive Diseases*. 30 (2). 123-135.

Maremmanni, A.G.I., Rovai, L., Rugani, F., Bacciardi, S., Dell'Osso, L. i Maremmanni, I. (2014): Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 18 (3). 287-302.

Maremmanni, A.G.I., Rugani, F., Bacciardi, S., Rovai, L., Massimetti, E., Gazzarrini, D., Dell'Osso, L. i Maremmanni, I. (2015): Differentiating between the course of illness in bipolar 1 and chronic-psychotic heroin-dependent patients at their first agonist opioid treatment. *Journal of Addictive Diseases*. 34 (1). 43-54.

Marmorstein, N.R. (2012): Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 26 (1). 88-94.

Martin-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Gines, J.M., Imaz, M.L., Navines, R., Pascual, J.C. i Torrens, M. (2006): Dual diagnoses in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry*. 20 (3). 147-156.

Martin-Santos, R., Torrens, M., Poudevida, S., Langohr, K., Cuyas, E., Pacifici, R., Farre, M., Pichini, S. i de la Torre, R. (2010): 5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study. *Addiction Biology*. 15 (1). 15-22.

McCrone, P., Menezes, P.R., Johnson, S., Scott, H., Thornicroft, G., Marshall, J., Bebbington, P. i Kuipers, E. (2000): Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101 (6). 464-472.

McKeehan, M.B. i Martin, D. (2002): Assessment and Treatment of Anxiety Disorders and Co-Morbid Alcohol/Other Drug Dependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 20. 45-59.

MedicineNet.com (2016): Medical Definition of Prevalence. Preuzeto 15.6.2017. s <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=11697>.

Mestre-Pinto, J.I., Domingo-Salvany, A., Martin-santos, R. i Torrens, M. (2014): Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. *European Addiction Research*. 20 (1). 41-48.

Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M. i Swann, A.C. (2001): Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*. 158 (11). 1783-1793.

Morgello, S., Holzer, C.E., Ryan, E., Young, C., Naseer, M., Castellon, S.A., Frol, A.B., Atkinson, J.H., Gelman, B.B. i Singer, E.J. (2006): Interrater reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected cohort: experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 15 (3). 131-138.

Mueller, T.I., Lavori, P.W., Keller, M.B., Swartz, A., Warshaw, M., Hasin, D., Coryell, W., Endicott, J., Rice, J. i Akiskal, H. (1994): Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *The American Journal of Psychiatry*. 151 (5). 701-706.

Neale, J., Tompkins, C. i Sheard, L. (2008): Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*. 16 (2). 147-154.

Nelson, C.B., Rehm, J., Ustün, T.B., Grant, B. i Chatterji, S. (1999): Factor structures for DSM-IV substance disorder criteria endorsed by alcohol, cannabis, cocaine and opiate users: results from the WHO reliability and validity study. *Addiction*. 94 (6). 843-855.

Ness, O., Borg, M. i Davidson, L. (2014): Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*. 7 (3). 107-117.

NICE (2011): Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people. National Institute of Health and Clinical Excellence. Manchester. Preuzeto 23.6.2017. s <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120>.

Nunes, E.V. i Levin, F.R. (2004): Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA*. 291 (15). 1887-1896.

Nurnberger, J.I., Blehar, M.C., Kaufmann, C.A., York-Cooler, C., Simpson, S.G., Harkavy-Friedman, J. Severe, J.B., Malaspina, D. i Reich, T. (1994): Diagnostic interview for genetic studies. Rationale, unique features, and training. NIMH Genetics Initiative. Archives of General Psychiatry. 51 (11). 849-859. Diskusija 863-864.

O'Brien, M.S., Wu, L.T. i Anthony, J.C. (2005): Cocaine use and the occurrence of panic attacks in the community: a case-crossover approach. Substance Use & Misuse. 40 (3). 285-297.

OASAS (2005): Screening for co-occurring disorders using the Modified Mini Screen (MMS) Provider Implementation Plan. New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services. Albany. Preuzeto 28.6.2017. s <https://oasas.ny.gov/treatment/COD/documents/ModMINIImpl.pdf>.

Pacula, R.L. (1998): Does increasing the beer tax reduce marijuana consumption? Journal of health economics. 17 (5). 557-585.

Palijan, T.Z., Muzinić, L. i Radeljak, S. (2009): Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. Psychiatria Danubina. 21 (3). 429-436.

Pandina, R.J., Johnson, V. i LaBouvie, E.W. (1992): Affectivity: A Central Mechanism in the Development of Drug Dependence. U: Pickens, M. i Glantz, R. (ur.), Vulnerability to Drug Abuse. American Psychological Association. Washington DC. 179-209.

Pani, P.P., Maremmanni, I., Trogu, E., Gessa, G.L., Ruiz, P. i Akiskal, H.S. (2010): Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?. Journal of Affective Disorders. 122 (3). 185-197.

Pedrero-Perez, E.J., Ruiz-Sanchez de Leon, J.M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M. i Puerta-Garcia, C. (2011): Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance addiction: from screening to diagnosis. Revista de Neurologia. 52 (6). 331-340.

Perez Galvez, B., Garcia Fernandez, L., de Vincente Manzanaro, M.P. i Oliveras Valenzuela, M.A. (2010): Validation of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) in Spanish sample of alcoholic patients. Adicciones. 22 (3). 199-205.

- Pettinati, H.M., O'Brien, C.P. i Dundon, W.D. (2013): Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American Journal of Psychiatry*. 170 (1). 23-30.
- Pierucci-Lagha, A., Gelernter, J., Feinn, R., Cubells, J.F., Pearson, D., Pollastri, A., Farrer, L. i Kranzler, H.R. (2005): Diagnostic reliability of the Semi-structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (SSADDA). *Drug and Alcohol Dependence*. 80 (3). 303-312.
- Pierucci-Lagha, A., Gelernter, J., Chan, G., Arias, A., Cubells, J.F., Farrer, L. i Kranzler, H.R. (2007): Reliability of DSM-IV diagnostic criteria using the semi-structured assessment for drug dependence and alcoholism (SSADDA). *Drug and Alcohol Dependence*. 91 (1). 85-90.
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S.T. i D'Suozza, D.C. (2014): Gone to pot: a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in Psychiatry*. 5 (54). 1-24.
- Ramos-Quiroga, J.A., Diaz-Digon, L., Comin, M., Bosch, R., Palomar, G., Chalita, P.J., Roncero, C., Nogueira, M., Torrens, M. i Casa, M. (2015): Criteria and concurrent validity of adult ADHD section of the Psychiatry Research Interview for Substance and Mental Disorders. *Journal of attention disorders*. 19 (12). 999-1006.
- Reiger, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. i Goodwin, F.K. (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*. 264 (19). 2511-2518.
- Rhee, S.H., Hewitt, J.K., Lessem, J.M., Stallings, M.C., Corley, R.P. i Neal, M.C. (2004): The validity of the Neale and Kendler model-fitting approach in examining the etiology of comorbidity. *Behavior Genetics*. 34 (3). 251-265.
- Rijnders, C.A., van den Berg, J.F., Hodiament, P.P., Furer, J.W., Mulder, J. i Giel, R. (2000): Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN.2.1.). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 35 (8). 348-352.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Ratcliff, K.S. i Seyfried, W. (1982): Validity of the diagnostic interview schedule, version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*. 12 (4). 855-870.

Robins, L.N., Cottler, L.B., Bucholz, K.K., Compton, W.M., North, C.S. i Rourke, K.M. (2000): Diagnostic interview schedule for the DSM-IV (DIS-IV). Washington University School of Medicine. St Louis.

Rodriguez-Llera, M.C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Sanchez-Niubo, A. i Torrens, M. (2006): Psychitric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*. 84 (1). 48-55.

Roncero, C., Ros.Cucurull, E., Daigre, C. i Casas, M. (2012): Prevalence and risk factors of psychotic symptoms in cocaine-dependent patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 40 (4). 187-197.

Root, T.L., Pisetsky, E.M., Thoronton, L., Linchestein, P., Peddersen, N.L. i Bulik, C.M. (2010): Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychological Medicine*. 40 (1). 105-115.

Ruiz, M.A., Peters, R.H., Sanchez, G.M. i Bates, J.P. (2009): Psychometricproperties of the Mental Health Screening form IIIwithin a metropolitan jail. *Criminal Justice and Behavior*. 36 (6). 607-619.

Sacks, S., Melnick, G., Coen, C., Banks, S., Friedmann, P.D., Grella, C., Knight, K. I Zlotnick, C. (2007): CJDDATS Co-Occurring Disorders Screening Instrument (CODIS) for Mental Disorders (MD): A validation study. *Criminal Justice and Behavior*. 34 (9). 1198-1216.

Sacks, S., Chaple, M., Sirikantraporn, J., Sacks, J.Y., Knickman, J. i Martinez, J. (2013): Improving the capability to provide integrated mental health and substance abuse services in a state system of outpatient care. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 44 (5). 488-493.

Sakai, T.J., Mikulich-Gilbertson, K.S., Young, S.E., Hyun Rhee, S., McWilliams, S.K., Dunn, R., Salomonsen-Sautel, S., Thurstone, C. i Hopfer, C.J. (2016): Adolescent Male Conduct-Disordered Patients in Substance Use Disorder Treatment: Examining the “Limited Prosocial Emotions” Specifier. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 25 (6). 613-625.

Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmiendinger, N., Klinkoowski, N., Lehmkuhl, U. i Pfeiffer, E. (2008): Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry and Human Development*. 39 (3). 261-271.

- Samet, S., Fenton, M.C., Nunes, E., Greenstein, E., Aharonovich, E. i Hasin, D. (2013): Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroine dependence. *Addicton*. 108 (1). 115-123.
- San, L., Arranz, B. i Martinez-Raga, J. (2007): Antipsychotic drug tretament of schizophrenic patient with substance abuse disorders. *European Addiction Research*. 13 (4). 230-243.
- San, L., Ciudad, A., Alvarez, E., Bobes, J. i Gilaberte, I. (2007): Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *European Psychiaty*. 22 (8). 490-498.
- Sansone, R.A. i Levitt, J.L. (2002): Self-harm behaviors among those with eating disorders: an overview. *Eating Disorders*. 10 (3). 205-213.
- Schier, A.R., Ribeiro, N.P., Silva, A.C., Hallak, J.E., Crippa, J.A., Nardi, A.E. i Zuradi, A.W. (2012): Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an anxiolytic drug. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 34 (1). 104-110.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz, A., Koeter, M.W.J. i van den Brink, W. (2010): Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*. 105 (5). 862-871.
- Schmidt, L.M., Hesse, M. i Lykke, J. (2011): The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia-a 15-years follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophrenia Research*. 130 (1-3). 228-233.
- Schnell, T., Neisius, K., Daumann, J. i Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010): Prevalence of psychosis/substance abuse comorbidity. Clinical-epidemiological findings from different treatment settings in a large German city. *Der Nervenartz*. 81 (3). 323-328.
- Smith, J.P. i Randall, C.L. (2012): Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research: Current Reviews*. 34 (4). 414-431.
- Sofuoglu, M., DeVito, E.E., Waters, A.J. i Carroll, K.M. (2013): Cognitive Enhancement as a Treatment for Drug Addictions. *Neuropharmacology*. 64 (1). 452-463.

Sofuoglu, M., DeVito, E.E., Waters, A.J. i Carroll, K.M. (2016): Cognitive Function as a Transdiagnostic Treatme Target in Stimulant Use Disorders. *Journal of dual diagnosis*. 12 (1). 90-106.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. i First, M.B. (1992): The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*. 49 (8). 624-629.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011): Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Preuzeto 29.6.2017. s <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHNationalFindingsResults2010-web/2k10ResultsRev/NSDUHresultsRev2010.pdf>.

Strakowski, S.M., DelBello, M.P., Fleck, D.E. i Arndt, S. (2000): The Impact of Substance Abuse on the Course of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*. 48 (6). 477-485.

Swendsen, J. I Le Moal, M. (2011): Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1216 (1). 73-85.

Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Perez-Dominguez, G. i Martin-Santos, R. (2004): Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and Structured Clinical Intervie for DSM-IV. *The American Journal of Psychaitry*. 161 (7). 1231-1237.

Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G. i Farre, M. (2005): Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: A systematicreview and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 78 (1). 1-22.

Torrens, M., Martin-Santos, R. i Samet, S. (2006): Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotoxicity Research*. 10 (3-4). 253-261.

Torrens, M., Gilchrist, G. i Domingo-Salvany, A. (2011): Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 113 (2-3). 147-156.

Torrens, M., Martinez-Sanvisens, D., Martinez-Riera, R., Bulbena, A., Szerman, N. i Ruiz, P, (2011): Dual diagnosis: Focusing on depression and recommendation for treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 10 (2). 50-59.

Tosato, S., Lasalvia, A., Bonetto, C., Mazzoncini, R., Cristofalo, D., De Santi, K., Bertani, M., Bissoli, S., Lazzarotto, L., Marrella, G., Lamonaca, D., Riolo, R., Gardellin, F., Urbani, A., Tansella, M., Ruggeri, M. (2013): The impact of cannabis use on age of onset and clinical characteristics in first-episode psychotic patients. Data from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS). *Journal of Psychiatric Research*. 47 (4). 438-444.

Toteva, S., Rizov, A., Tenev, V., Stoyanov, D.S. i Stoychev, K. (2006): The comorbidity situation in Bulgaria: epidemiological, clinical and therapeutic aspects. U: Corkery, J. i Baldacchino (ur.), *European Collaborating Centres on Addiction Studies (ECCAS)*. London. 133-144.

Ured za suzbijanje zlouporabe droga (2014): Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu. Vlada Republike Hrvatske. Zagreb.

Valderas, J.M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. i Roland, M. (2009): Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of family medicine*. 7 (4). 357-363.

Van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M.W.J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P.J., Kaye, S., Degenhardt, L., Skutle, A., Franck, J., Bu, E.T., Moggi, F., Dom, G., Verspreet, S., Demetrovics, Z., Kapitány-Fövényi, M., Fatséas, M., Auriacombe, M., Schillinger, A., Møller, M., Johnson, B., Faraone, S.V., Ramos-Quiroga, J.A., Casas, M., Allsop, S., Carruthers, S., Schoevers, R.A., Wallhed, S., Barta, C., Alleman, P., Levin, F.R., van den Brink, W. and IASP Research Group: (2014): Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and Alcohol Dependence*. 134. 158-166.

Van den Bosch, L.M. i Verheul, R. (2007): Patient with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*. 20 (1). 67-71.

Van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G. Koeter, M.W.J., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta C., Bu E.T., Burren Y., Carpentier P.J., Carruthers S., Casas M., Demetrovics

Z., Dom G., Faraone S.V., Fatseas M., Franck J., Johnson B., Kapitány-Fövény M., Kaye S., Konstenius M., Levin F.R., Moggi F., Møller M., Ramos-Quiroga J.A., Schillinger A., Skutle A., Verspreet S. (2014): Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction*. 109 (2). 262-272.

Van Ours, J.C., Williams, J., Fergusson, D. i Horwood, L.J. (2013): Cannabis use and suicidal ideation. *Journal of Health Economics*. 32 (3). 524-537.

Vergara-Moragues, E., Gonzales-Saiz, F., Lozano, O.M., Betanzos Espinosa, P., Fernandez Calderon, F., Bilbao-Acebos, I., Perez Garcia, M. i Verdejo Garcia, A. (2012): Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*. 200 (2-3). 734-741.

Vorspan, F., Brousse, G., Bloch, V., Bellais, L., Romo, L., Guillem, E., Coeuru, P. i Lepine, J.P. (2012): Cocaine-induced psychotic symptoms in French cocaine addicts. *Psychiatry Research*. 200 (2-3). 1074-1076.

WHO (1990): Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0). World Health Organisation. Geneva.

WHO (2017): Health topics: Epidemiology. Preuzeto 15.6.2017. s <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>.

Wiederman, M.W. i Pryor, T. (1996): Sunstance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behaviors*. 21 (2). 269-272.

Wilens, T.E. i Biederman, J. (2006): Alcohol, drugs and ettention.defficit/hyperactivity disorder: a model for the study of addictions in youth. *Journal of Psychopharmacology*. 20 (4). 580-588.

Wilens, T.E., Adamson, J., Monteaux, M.C., Faraone, S.V., Schillinger, M., Westerberg, D. i Biederman, J. (2008): Effect ofprior stimulant tretament for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 162 (10). 916-921.

- Wilsey, B.L., Fishermen, S.M., Tsodikov, A., Ogden, C., Symreng, I. i Ernst, A. (2008): Psychological Comorbidities Predicting Prescription Opioid Abuse among Patients in Chronic Pain Presenting to the Emergency Department. *Pain Medicine*. 9 (8). 1107-1117.
- Wilson, G.T. (1987): Cognitive Processes in Addiction. *British Journal of Addiction*. 82 (4). 343-353.
- Wing, J., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablenski, A., Regier, D. i Sartorius, N. (1990): SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*. 47 (6). 589-593.
- Wing, J. (1996): SCAN and the PSE tradition. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 31 (2). 50-54.
- Wittchen, H.U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. i Perkonig, A. (2007): Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 88 (1).60-70.
- Wüsthoff, L.E., Waal, H. I Grawe, R.W. (2014): The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression- a group randomized trial. *BMC Psychiatry*. 14. 67.
- Zammit, S., Owen, M.J., Evans, J., Heron, J. i Lewin, G. (2011): Cannabis, COMT and psychotic experiences. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 199 (5). 380-385.
- Zimmerman, M. i Mattia, J.I. (2001): The Psychiatric Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry*. 42 (3). 175-189.
- Zimmerman, M., Sheeran, T., Chelminski, I. I Young, D. (2004): Screening for psychiatric disorders in outpatients with DSM-IV substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26 (3). 181-188.
- Zimmerman, M. i Chelminski, I. (2006): A scale to screen for DSM-IV Axis I disorders in psychiatric out-patients: performance of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Psychological Medicine*. 36 (11). 1601-1611.